

# 医療政策会議講演録

今後の超高齢・  
少子社会と医療・  
社会保障の財源選択

講演日  
平成29年10月4日

二木 立



# 今後の超高齢・少子社会と医療・社会保障の財源選択

## —『地域包括ケアと福祉改革』序章をベースにして

二木 立（日本福祉大学相談役・大学院特別任用教授）

まず報告1です。

『地域包括ケアと福祉改革』（勁草書房、2017年3月）の序章でこのことを論じています。私は学生時代からヘーゲルを学んでいまして、「何事かを成し遂げようとする者はおのれを限定しなければいけない」という教えをずっと守ってきて、自分の専門である医療、最近は介護や福祉も入っていますが、それ以外の一般的なことは、勉強はするけれども活字にはしないという美学を守ってきたのです。しかし、今回はその禁を初めて破り、序章に「今後の超高齢・少子社会を複眼的に考える」を置きました。

率直に言いますが、序章には私のオリジナリティーはほとんどありません。権丈副議長を含めた先行研究を整理したという次元ですが、なぜこのような序論を書いたかということ、「はじめに」にも書きましたが、医療・福祉関係者を含めて、広く国民に悲観論が蔓延しています。財政難だから、少子高齢化が進むから、社会保障・医療の拡充はありえない。そういう悲観論は一面的ですよということを指摘したかったために、これを書いたのです。

ただ、一面的ということは間違っているということではありません。ここは注意していただきたいと思います。そこで、3つの誤解を解いたつもりなのですが、1番目「今後も社会の扶養負担は増加しない」と、2番目「日本の労働生産性伸び率は欧米と比べて低くない」は権丈副議長がお話しされたので省略し、3番目の誤解、「日本は高医療費国になったとは言えない」について少し話したいと思います。

去年突然、日本は医療費が高い国になったということが、「日本経済新聞」やそちらの傾向の研究者から主張されるようになりました。確かにOECDの統計だけを見ると日本は3位です。アメリカ、スイス、日本の順で、数字そのものは間違っていない。ただ、2位のスイス、3

位の日本、4位のドイツ等はほとんど団子状態です。しかしこの数字でいちばんおかしいのは、それぞれの国の人口の高齢化の違いを補正していないということです。

今から20年前、1990年代は私もこの指標を使っていました。当時日本の高齢化は、アメリカを含めたいわゆる欧米諸国と似たようなものでしたから、その指標でそれほど問題はなかったのです。しかし、この20年間で日本の人口高齢化率が圧倒的に高くなって、今や外れ値の次元です。ですから、そこを補正しないとイケない。これは実際に国内ではやっています。医療費の都道府県別格差などと、厚生労働省が統計を毎年出していますが、その場合は単純な1人当たりの医療費ではなくて、人口構成を補正しています。

それと同じことを国際比較する場合でもやらなければいけないということを考えていたら、当時京都大学にいらした柿原さん、それから日医総研の前田研究員が補正しています。それによると、日本は今でも下位で、G7だとイギリスに次いで低い。それからもう1つ、OECDは2010年代に入って医療費の定義を変えたのです。それまでは狭義の医療費でしたが、2011年から定義が変わり、今は日本風に言うと介護保険費用も入り、正確に言うと、医療・介護費なのです。

すると意外なことに、これは香取委員の努力その他があると思いますが、日本の介護費用は、スウェーデン等の北欧諸国を除けば、先進国でトップクラスです。ですから、医療・介護費用が結構いい線をいっているというのは事実ですが、「日本経済新聞」などが宣伝する場合には、狭い意味の医療費だと誤解されるようなことを言っているのも、それはおかしいと指摘しました。

資料1の3ページ「おわりに」で、今後の医療・社会保障費の財源についての私の価値判断を簡単に書いています。「医療・社会保障費の厳しい抑制が続けられた場合

には、社会格差がさらに拡大し、国民統合が弱まる危険がある。その予防のためにも、社会保障の機能強化が必要。特に私がここで強調したいのは、今や国民皆保険制度は、医療の枠を越えている、つまり国民医療を守るというだけではなく、日本国民の一体感、統合性、日本社会の安定・統合性のためにも、決定的に大事であるということです。この点は井手委員が日本は今や分断社会になっているとおっしゃって、私もそう思うのですが、そのなかでかろうじて国民の一体感が保たれているのが、国民皆保険制度なのです。それを壊してはいけないということを経験すべきだと思っているわけです。

社会保障のうちでも特に生活保護などは「最低限保障」であるのに対して、医療、それから介護もそうだと思いますが、それは「最適保障」、必要で十分で最適な保障なのだということを確認したいと思っています。これは私の願望ではありません。小泉内閣が2003年にそのことを閣議決定していて、その部分は素晴らしい閣議決定だと思います。

国民皆保険制度を維持あるいは堅持することに関しては、国会に議席を持っている全政党が賛成しています。自民党から共産党までです。厳密に言うと、小泉政権の時代、それから2010年前後でも、橋下氏が元気だったころの大阪維新の会は、国民皆保険解体に近いことを言っている人が一部いましたが、今はいません。ですから、国民皆保険の維持・堅持を前提にすると、自動的に財源は社会保険料が主ということになるのです。これは香取委員などがまとめた社会保障費の長期推計でも、それを前提にしています。私は賛成です。

公費に関してどうするかということは、いろいろ議論しないといけません。ゴチックに書いているように、私は公費の財源は、理想論というか、あるべき論で論議するのは意味がないと思っています。医療費増加の財源選択は、財源調達力と相対的な政治的実現可能性の両方から判断する。霞ヶ関埋蔵金は使わないということを書いています。

あと、私は消費税には決して反対はしません。しかし、国民の消費税に対する反感の強さがあります。つい最近(9月)に発表された健保連の医療に関する意識調査によると、驚いたことに、公費負担を増やすことに関しては、消費税を上げるよりも所得税を上げるほうが多くなっているご時勢です。ですから、私は公費に関しては、消費税を含めた、バランスを持ったいろいろな財源が必要だ

と考えています。

次に報告2です。

7月に日医総研の江口研究員がまとめた「第6回日本の医療に関する意識調査」がありますが、ほぼ同じ形式です。ずっと続けている調査は国際的にみてもこれだけで、これは世界に冠たる調査です。

最近私が驚いたのは、前病院委員会委員長の真野先生が新著『医療危機』(中公新書)で、ロイター通信を引用して、日本の医療の満足度は低いと書いていることです。しかし、結論から言いますと、日医総研調査によると、日本の医療の満足度は、受けた医療の満足度も医療制度の満足度も高い。これだけだったら、「ああ、日医総研の調査でしょう」と逃げられてしまうのですが、それが2008年以降毎回上昇し続けているのです。満足度の絶対水準は質問の仕方で結構変わるのです。健保連の調査などは全然違います。しかし、私は同じ様式で質問をして、満足度がどんどん上がっているということに注目すべきだと思います。

『文化連情報』11月号に発表する「医療時評」(154)では、日医総研とほぼ似ている調査で、厚生労働省の「受療行動調査」と日本医療政策機構の調査も紹介しています。この2つの調査とも、満足度が上昇傾向という点では日医総研調査と同じです。調査方法が違うので満足度の絶対水準は違いますが、ということで日本医療の満足度、この場合大事なのは受けた医療そのもの、それから制度としての満足度の両方が高くなっていることについては、医師会なども誇りを持てよいのではないかと思います。

ただし国際的に見ると、日本の医療の満足度は確かにまだ低いのです。ただ、これについては、『医療改革』(勁草書房、2007)に収録した論文「医療満足度の国際比較調査の落とし穴」に書きましたが、医療満足度という指標は独立していないのです。先ほどの権丈副議長の資料の言葉を借りると、医療満足度がいわば上部構造で、下部構造に生活満足度があるのです。ですから、日本の医療満足度の他国に比べての低さの理由の1つは、生活満足度が低いせいがある、それに引っ張られているという面があるのです。ですから、この日医総研の第4回調査、それからほかの調査でもそうですが、医療満足度を分子にして生活満足度を分母にする相対的な医療満足度を見ると、日本はあまり低くない。各国とも大体似たような

ものなのです。

それからもう1つ、これは世論調査の国際比較で明らかになっているのですが、日本人は「素晴らしい」とか「全然駄目だ」という両極端の答えはあまりしないのです。アメリカ人は逆です。日本は中間に答える癖がついているので、満足度が低くなるのです。

私は映画が好きでよく見るのですが、アメリカの教員は生徒の出来がよいと、すぐ「パーフェクト」と言います。それに対して、日本の教員は生徒に「完全」とはまらず言わない。そういうカルチャーの違いがあるのです。このような国民の答え方の違いを無視して高い・低いを論ずるのは意味がないということを、このだいぶ前に書いた論文では書いています。

あと、日医総研の第6回調査でもう1つ私が良かったなと思ったのは、日本国民の医療の平等意識がものすごく強くて、これは一貫しています。7割の国民が平等な医療に賛成。お金がある・なしで違う医療でもよいという人が2割。あと大事なのは、アメリカなどと違い、日本は所得階層間での意見の違いが少なく、階層間の違いはたった5%なのです。

ということで、医療に関しては、日本はまだまだ分断されていないことが分かるのです。

それから、これは権丈副議長の先ほどの報告にかかわりますが、医療機関の受診のあり方について、「病気の程度にかかわらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する」、完全なフリーアクセスに対する賛成は3割で意外と低いのです。「最初にかかりつけ医など決まった医療機関を受診し、その医師の判断で必要に応じた専門医機関を紹介してもらい受診する」が7割です。これは「社会保

障制度改革国民会議報告書」が提起したことを国民も受け入れる土壌があるのではないかと考えています。

次に報告3です。

私が医療者の自己改革を主張するのは結構筋金入りです。私は皆さんと同じように、医療費の総額を増やさなければいけないと前から言っていますが、1990年前後から、それを国民に言うだけでは不十分で、医療者の側がきちんと自己改革しないと国民の理解は得られないと、本を出版するたびにずっと言っていたのです。

この点に対しては、小松秀樹医師に批判されたことがあります。「二木さんは国民・患者に譲りすぎだ」と。私はそれに対して「医師は何やかんや言ったって強い立場にあるのだから、強い立場にある人が主観的には譲りすぎだと思うぐらい譲らないと、国民の支持は得られせんよ」と反論したことがあります。

そして大変うれしいことに、「社会保障制度改革国民会議報告書」の3ページは、規制緩和された日本の医療制度の特徴を踏まえて、今後の改革は市場の力でもなく、政府の力でもない、データによる制御を持った医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を提唱するとともに、医療専門職団体の自己規律を強調しています。この部分は、私が尊敬しているアメリカの医療経済学者のフュックス先生がおっしゃっている「第三の道」、規制か市場かではなくて専門職規範（倫理）を再活性化するとの主張を踏まえて書かれたと私は思います。この姿勢を今回の医療政策会議の最終的な報告書でもぜひ入れていただきたいと思っています。

〔報告 1〕

『地域包括ケアと福祉改革』（勁草書房, 2017年3月）について

- 日本福祉大学学長時代（2013～2016年度）の4冊目の単著。
- 前著『地域包括ケアと地域医療連携』（勁草書房, 2015）に続き、地域包括ケアと地域医療構想を検討+2015年以降の福祉改革について包括的に分析した初めての本。
- 章立て：

序章 今後の超高齢・少子社会を複眼的に考える—医療・社会保障改革を冷静に見通すための前提

- 第1章 地域包括ケア政策と地域医療構想の展開
- 第2章 福祉改革の展開—「新福祉ビジョン」から「我が事・丸ごと」地域共生社会へ
- 第3章 第二期安倍政権の医療・社会保障費抑制政策
- 第4章 保健医療分野のパラダイムシフト論とオプジーボ亡国論の検証
- 第5章 私の行ってきた研究の視点と方法

（以下、※と・は『地域包括ケアと福祉改革』序章への補足）

はじめに

- 今後の超高齢・少子社会についての3つの私の事実認識と「客観的」将来予測を述べる。
- これにより、医療・福祉関係者を含め広く国民に蔓延している悲観論が一面的であることを示す。
- ※「悲観論が一面的」=すべて間違っているわけではない。「敢えて希望を語る」。
- 最後に、今後の医療・社会保障費の財源選択についての私の価値判断を述べる。

1 医療・社会保障改革の目標年の変化：2025年から2035～2040年へ

2 今後も社会の扶養負担は増加しない

- 通説：社会の扶養負担の指標 =  $[65歳以上人口 \div 20 \sim 65歳以上人口]$  は今後急増。
- それとは異なる指標： $[(65歳以上人口 + 20歳未満人口) \div 20 \sim 65歳以上]$ 、より正確には  $[非就業者数 \div 就業$

者数] は今後も1対1でほとんど変化しない。

※伊東光晴氏が1982年に指摘。その後、川口弘・川上則道氏、権丈善一氏も主張（図1）。

※里見賢治氏も1983年に詳細に論じていた：「『高齢化社会』論と福祉政策—通説的『高齢化社会』論への疑問」『社会問題研究（大阪府立大学社会福祉学部）』32（2）：89-128, 1983年3月。+『日本の社会保障をどう読むか』（労働旬報社, 1990）第4章5「日本経済は高齢化によって破綻するか」（117-121頁）。

※対象は、国民の「生活費」全体（社会保障給付費+その他の公的費用+私的費用）。

※未成年者の社会保障給付費は高齢者に比べると少ないが、教育費が高額。

※以上は、社会保障の話ではなく、社会全体としての扶養の話。

→社会が創り出す富のうち、社会保障等にどれだけ配分するかは「社会的選択」。

○女性と高齢者等の就業率向上と労働生産性の向上が必要。

※私の毎年の日本福祉大学学位授与式での学長式辞。

※“The economics of longevity : The new old” The Economist July 8th, 2017. : 「高所得国の高齢者が享受している健康長寿は、個人にとってだけでなく、経済と社会にとっても、福音（a boon）でありうる。このような長寿の配当を実現する鍵は65歳を超えての経済活動への参加を促進することである」。

※日本老年学会等が2017年1月に高齢者に関する定義の変更を提言。

※大内尉義「高齢者75歳以上提言には科学的な根拠がある」『中央公論』2017年6月号。

○留意すべき2つの点。

※総人口は今後急速に減少するため、GDP総額を今後大幅に増やすことは困難。

※日本の2015～2040年の年平均人口減少率は約0.6% vs 日本経済の潜在成長率は1%を割る

※女性・高齢者の就業力上昇は地域の「互助」力を低下させる。

3 日本の労働生産性伸び率は欧米と比べて低くない

○『平成28年版労働経済白書』の「賃金と生産性の国際比較」図（図2）。

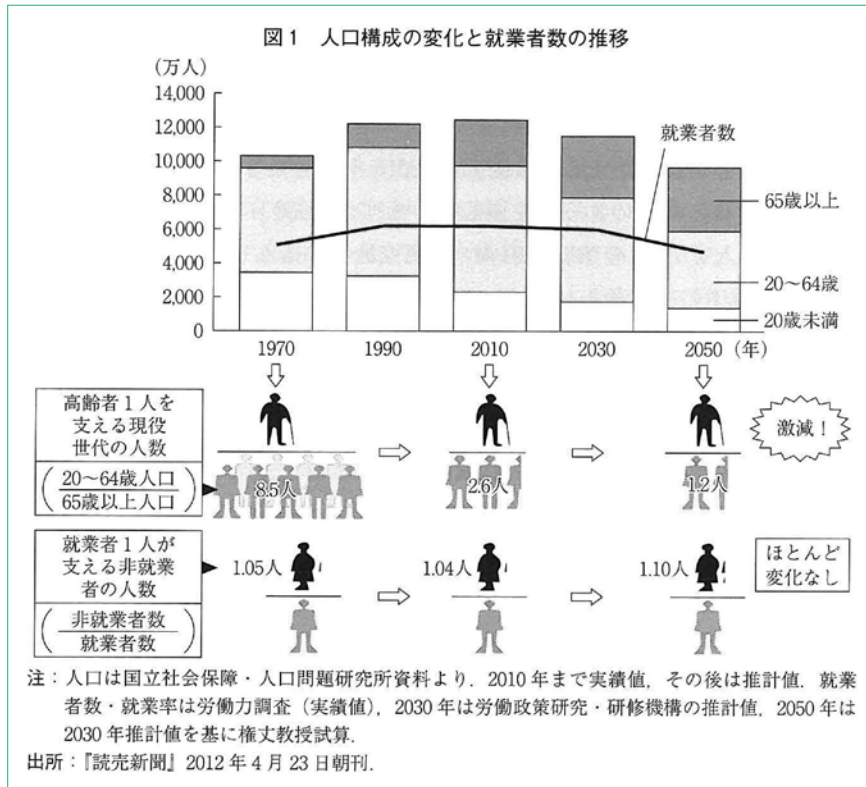


図1

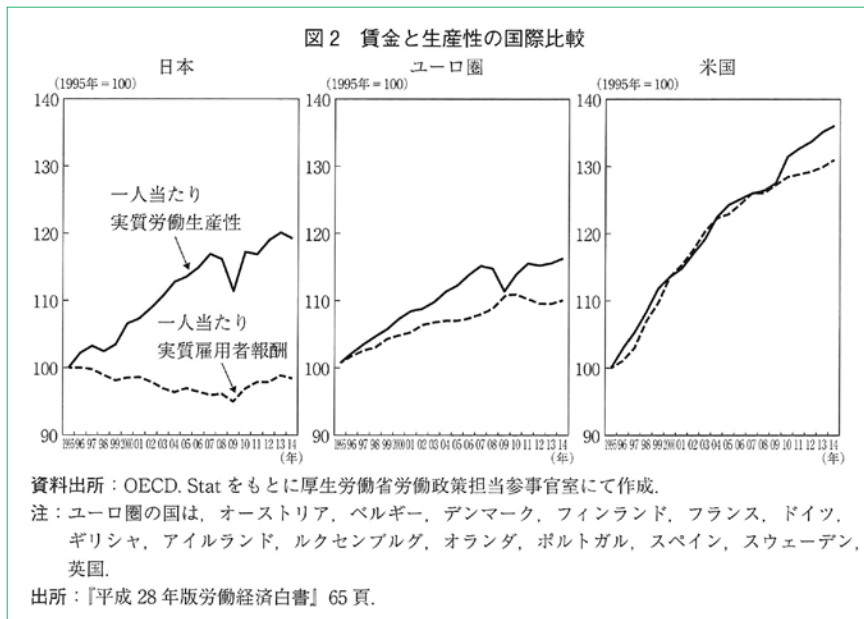


図2

\*ピケティ『21世紀の資本』：「1人当たりGDP成長率は1980年以降、あらゆる富裕国でほぼ完全に同じ」。

○しかし、欧米諸国と異なり、労働生産性上昇が実質賃金上昇に結びついていない。

※その結果、企業の内部留保が急増：2016年末で375兆円。

#### 4 日本は高医療費国になったとは言えない

○OECD統計：日本の医療費水準（対GDP比）は加盟国中第3位で「高医療費」国？

○人口高齢化率の違いを補正した「医療費の真の国際比較」では日本は下位（柿原浩明氏、前田由美子氏）。

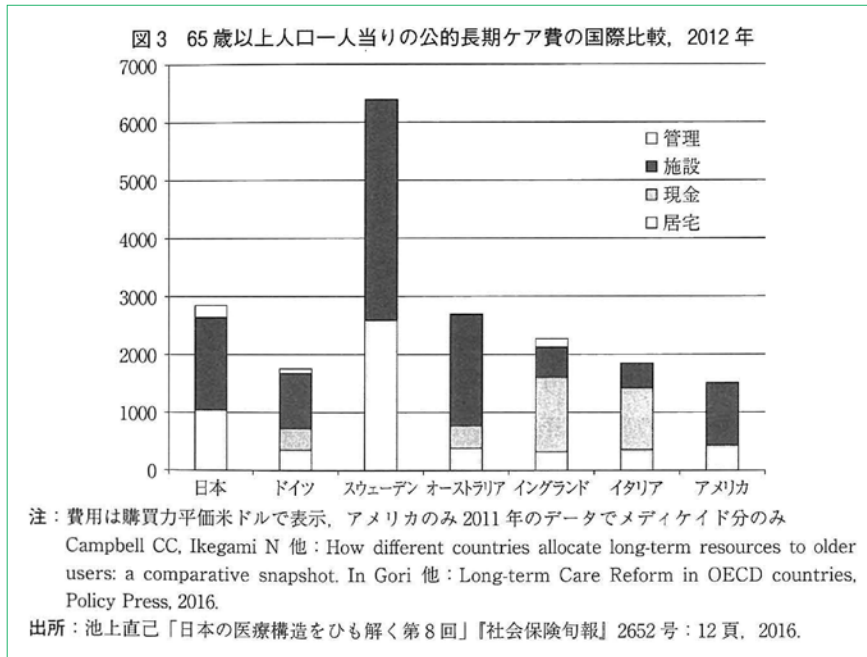


図3

※厚生労働省「平成27年都道府県別年齢調整死亡率の概況」：粗死亡率と年齢調整済死亡率で順位は全く変わる。  
例：大阪府・男 37位→8位、愛知県男・43位→14位、長野県・男 22位→47位。

○OECDの「医療費」には2011年以降「長期ケア費用」も含まれる。

\*日本の65歳以上1人当たり公的長期ケア費用はG7でトップ（北欧諸国よりは低い）（図3）。

### おわりに—今後の医療・社会保障費の財源についての私の価値判断

○医療・社会保障費の厳しい抑制が続けられた場合には、社会的格差がさらに拡大し、国民統合が弱まる危険がある。その予防のためにも、「社会保障の機能強化」が必要。

※私が最初に「社会の安定性・統合性」に触れたのは1994年：「公的医療費の拡大による日本医療の質の引き上げと医療へのアクセスの確保が、わが国の安定性・統合性を維持・発展させる上でも不可欠」（『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房, 1994, 156頁）。

※以上の大前提：「社会保障として必要かつ十分な」「最適の医療が効率的に提供される」国民皆保険制度と民間非営利医療機関主体の医療提供体制の維持（「」は小泉政権の2003年3月の閣議決定「医療制度改革基本方針」の表現。この意義については、『医療改革と病院』勁草

書房, 2004, 14-17頁）。

・医療の「最適保障」を日本で最初に提唱したのは藤澤益夫氏（『医療保障における現金と現物』『週刊社会保障』451号, 1968）。

※医療格差を縮小するための私の【医療保険制度】改革提案（日本学術会議2010年シンポジウム。『民主党政権の医療政策』勁草書房, 2011, 第6章第2節）。【添付論文1】

- ・社会保険料を主財源とする公的医療費拡大。
- ・国民健康保険制度の改革：①国庫補助率の引き上げ、②保険料の「応能負担」化と低所得者の保険料の大幅減免、③資格証明書交付の廃止。
- ・保険者間の財政調整。
- ・患者の自己負担割合の引き下げ。
- ・高額療養費制度の改善。

○「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年8月）が提起した「負担能力に応じた負」（応能負担の強化）には大賛成。ただし、それは税負担（累進制の強化等）と社会保険料（標準報酬月額等の上限引き上げ）にのみ適用されるべきであり、患者・利用者負担は無料または低額の定額・低率の定率負担が望ましい

○日本の社会保障制度の歴史を考えると、社会保障の中心はこれからも社会保険であり、主な財源は保険料、補助的財源が消費税を含む租税。

\*私は、2009年に出版した『医療改革と財源選択』以

来、このように主張。

※『医療改革と財源選択』第1章第3節&補論【添付論文2】

・医療費増加の財源選択は財源調達力と（相対的な）政治的実現可能性の両方から判断。

・歳出の無駄の削減は主財源にはならない&「霞ヶ関埋蔵金」にも期待できない。

→これらに固執していると、「今そこにある危機」=医療危機がさらに進んでしまう。

※2009年の民主党への政権交代→これらを財源とした「マニフェスト」は破綻。

・主財源は社会保険料と判断するまでの「私の」試行錯誤（添付論文2「補論」）。

\*その後明らかになった、日本国民の強い「租税抵抗」、増税の難しさを考えると、現実的には、社会保険料を主とする財源確保しか道はないと判断。

※「主とする」≠社会保険料のみを財源とする。人口高齢化で公費負担割合は漸増。

\*私は消費税は「社会保障の機能強化」のための重要財源だと考えてはいるが、租税財源を消費税のみに絞るのは危険であり、租税財源の多様化（所得税の累進制の強化、固定資産税や相続税の強化、法人税率の引き下げの

停止や過度の内部留保への課税等）が必要だとも判断。

※社会保険料か、公費（租税）かの二者択一の議論は無意味

・ほとんどの医療・介護・年金保険制度が、保険料と公費との混合方式。

・玉井金五氏：社会保険制度では1980年代から、医療、年金とも、制度間調整が導入。→「保険料、税という財源調達の代表的な手段に加えて、拠出金というもう一つの手法が取り入れられた」、「社会保険か税かの二者択一の世界はすでに過去のもの」（『財源調達と社会政策』『社会政策』9（1）：5-11, 2017）。

・このロジックは権丈善一氏が「こども保険」に対置して示した「子育て支援連帯基金」構想に通じる（『中日（東京）新聞』6月14日朝刊、「子育て支援の財源、誰が負担？」）。

※横倉会長も企業の内部留保の給与への還元を提示（2017年4月6日）。自民党谷垣幹事長（当時）も、内部留保の活用に賛意（2014年12月15日テレビ討論）。

※「骨太方針2017」の最大の問題点：2019年10月の消費税率10%引き上げ方針の消失（『日本医事新報』2017年7月1日号、「深層を読む・真相を解く」（65））



## 【添付論文 1】

医療・健康の社会格差と医療政策の役割  
—日本学術会議市民公開シンポジウムでの報告

（『民主党政権の医療政策』勁草書房，2011年2月，第6章第2節，148-161頁）

## はじめに

本節は、医療経済・政策学の視点から、日本の医療保障政策（以下、医療政策）の歴史に沿って、「医療・健康の社会格差と医療政策の役割」について、以下の4つの柱立てで述べます。

まず、第二次大戦前から1970年代までの医療政策を簡単に振り返り、「病気と貧乏の悪循環」（本シンポジウムの表現を用いると、「健康の社会格差」）を断ち切ることが、日本の医療政策の原点の1つであったことを指摘します。次に、1980年代以降四半世紀も続けられた厳しい医療費抑制政策により、国民皆保険制度の下でも医療受診の抑制と無保険者が生まれたことを指摘します。第3に、小泉政権時代の医療政策の2つの特徴を述べ、同政権下で行われた混合診療解禁論争では、それまでの医療政策ではタブーであった医療格差導入が公然と主張されたことを指摘します。最後に、今後の医療政策の対立軸を示し、医療格差を縮小するための私の5つの改革提案とその実現可能性について述べます。

なお、本シンポジウムの主題は「健康の社会格差」ですが、日本では医療政策の変化（特に医療給付率の変化）が健康の社会格差に与える影響についてのデータ・実証研究はほとんどないため、健康の社会格差の「代理変数」として医療受診の格差（医療格差）を用い、この間の医療政策の変化が医療格差に与えた影響を検討します。

1 「病気と貧乏の悪循環」を断ち切ることは  
日本の医療政策の原点の1つだった

まず、第一の柱について述べます。医師で医事評論家の故川上武先生は、名著『現代日本病人史』で次のように述べました。「病気を病人の側にたってみようとする、病気の原因究明（診断）とその除去（治療）の技術進歩とならんで、病気の発生→悪化を社会（病人のおかれた状況）との関連でみる視角が絶対必要になってくる」<sup>1)</sup>。

事実、日本で最初に成立した医療保障法と言える旧健

康保険法（1922年成立、実施は1927年）と旧国民健康保険法（1938年）は、この視角から、それぞれ労働者、農民が病気の罹患により貧困化することの予防、「防貧」を目的としていました。ただし、旧国民健康保険法には、当時進められていた中国侵略戦争遂行のための「健兵健民政策」の側面もあったことも見落とせません。

第二次大戦後に進められた医療保障制度の拡充政策でも、「病気と貧乏の悪循環」を断ち切ることが目指されました。そして、新国民健康保険法（1958年）では、第1条で「この法律は（中略）社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする」と高らかにうたわれました。これは憲法第25条の生存権規定を具体化したものです。

この新国民健康保険法を基礎にして、1961年には国民皆保険制度が達成されました。しかし、各医療保険制度は職業・社会階層別に分断された「モザイク」であったため、医療給付面でも、保険料負担面でも、大きな格差が存在しました。特に大きな格差は、健康保険本人（10割）と国民健康保険（5割）間の2倍もの給付率格差でした。そのため、国民皆保険制度成立直後の1960年代前半には、健康保険本人と国民健康保険、健康保険家族間だけでなく、年齢階級間にも大きな医療受診格差がありました。

65歳以上の高齢者の「有病率」が現役世代より高いのは時代を超えた自然現象と言えますが、1960年には、65歳以上の高齢者（大半が国民健康保険加入）の医療機関「受療率」は現役世代（健康保険本人が多い）のそれを大幅に下回っていました。同年の65～74歳の受療率（人口10万対）は4317であり、現役世代のうちもっとも受療率が高かった45～54歳の6121より、30%も低かったのです（厚生省「患者調査」）。

しかし、1960年代～70年代前半には医療給付が順次拡充されました。1968年にすべての国民健康保険の医療給付率が7割となり、さらに1973年の「福祉元年」には、国レベルでの老人医療費無料化、高額療養費制度の新設、健康保険家族の医療給付率7割化が実現しました。それにより、医療保険間の受療率格差はほとんどなくなり、高齢者の受療率も急増しました。

同じ期間に、日本人の平均寿命も急上昇しました。1960年の日本人の平均寿命は男女とも主要先進国より数歳短かったのですが、1960～70年代に急上昇して、1980年代前半には世界最高水準に達しました。この要因は多様

ですが、医療保険の拡充も大きく寄与したことは確かです。

## 2 1980年代以降の「世界一」の医療費抑制政策で受診抑制と無保険者が発生した

しかし、1980年代前半に自民党の中曽根政権は財政再建を錦の御旗にして厳しい医療費抑制政策を開始し、この流れを逆転させました。この政策は、その後四半世紀も続けられ、私は「世界一」厳しい医療費抑制政策と呼んでいます<sup>2)</sup>。医療費抑制政策は、医療機関に支払われる診療報酬の事実上の凍結と患者負担の拡大（医療給付率の引き下げ）による医療受診の抑制を2つを柱にしています。

### (1) 患者負担の拡大と低所得労働者の受診抑制

患者負担の拡大については、まず1983年に実施され老人保健法により、老人医療費の無料化が廃止されて定額負担が導入されました。老人保健法はその後数次の改正を経て、2002年には原則1割負担（「現役並み所得者」は2割負担）となり、さらに2006年には現役並み所得者は3割負担となりました。次に1984年の健康保険法等「抜本改正」により、それまで10割給付だった健康保険本人に1割の自己負担が導入され、それが1997年には2割、2003年には3割に引き上げられました。

1984年には国民健康保険法も改正され、国民健康保険国庫補助率が従来の医療費ベースで45%から給付率ベースで50%（医療費ベースでは約35%）へと大幅に引き下げられました。そのため、これ以降、国民健康保険料の急騰が始まり、それに伴い医療保険料滞納世帯数が増加し始めました。

健康保険本人の1割負担導入は、一見わずかな負担増に見えますが、低所得労働者には大きな打撃となりました。具体的には、旧日雇い労働者健康保険加入者の受診率は、1割負担導入直後に急減しただけでなく、制度改正1年後にもマイナス18.5%に達していました<sup>3)</sup>。この受診率低下は健康保険全体の本人の制度改正1年後の受診率低下（マイナス4.7%）のなんと3.9倍でした。

なお、馬場園明氏（現・九州大学大学院教授）は、健康保険本人を対象として、「患者自己負担増と所得効果」の関係や「慢性疾患の受診に関する患者自己負担増の影響」について重回帰分析を用いた精緻な研究を系統的に行っており、注目に値します<sup>4)</sup>。それにより、1997年の

2割負担導入後、標準報酬月額が低い被保険者ほど受診率低下が大きかったこと、同じく2割負担導入後、高血圧症や糖尿病患者の永続的な受診率低下が生じたこと等が実証されています。

### (2) 資格証明書交付による事実上の無保険者の発生

しかし医療給付率の引き下げよりももっと重大な受診抑制をもたらした政策は、国民健康保険料の1年以上の長期滞納者への「国民健康保険被保険者資格証明書」（以下、「資格証明書」）交付です。これは、1986年の国民健康保険法改正で、保険料滞納世帯対策として導入されました。当初は「できる規定」でしたが、2000年には「義務規定」化されました。資格証明書を交付された世帯は形式上は引き続き国民健康保険に加入していますが、医療機関受診時に医療費の全額を負担しなければならないため、事実上の無保険者と言えます。

資格証明書交付世帯数は、資格証明書の交付が義務化された2000年の9万6849世帯から、2006年には35万1270世帯へと、わずか7年間で3.6倍化しました。2007年にはやや減少しましたが、それでも34万285世帯です。厚生労働省も国保中央会も資格証明書交付世帯の実態調査を行っていないのに対して、全国保険医団体連合会（保団連）は2000年以降、毎年、独自に資格証明書交付世帯の受診率調査を行っています。最新の2007年調査によると、資格証明書交付世帯の平均受診率（データの得られた45都道府県の単純平均）は国民健康保険の一般被保険者の平均受診率のなんと53分の1でした<sup>5)</sup>。

### (3) 文字通りの無保険者も存在

資格証明書交付世帯は形式上は国民健康保険に加入していますが、それ以外に、文字通りの無保険者（どの医療保険にも未加入である者）も相当数存在すると言われています。これの実態はまったく不明ですが、その一端を推察することは可能です。

例えば、厚生労働省「社会福祉行政業務報告」によると、生活保護の新規受給者中、受給開始時の医療保険「未加入」・「その他」の割合は2008年で31.8%です。意外なことに、この割合は1998年からほとんど変わっておらず、後藤道夫氏（都留文科大学教授）は、国民皆保険の「底抜け」状態は、小泉政権の「構造改革」より前から存在していたと指摘しています<sup>6)</sup>。

後藤氏はさらに厚生労働省「国民生活基礎調査」等を

用いて、「保険診療を受けるのに困難を抱えた」14歳以下の子どもが2007年に21万人もいると推計し、これは厚生労働省が公式に発表した資格証明書交付世帯の子ども3.3万人（2008年）よりはるかに多いと主張しています<sup>6)</sup>。

もう1つ文字通りの無保険者が相当数存在することを示唆する資料は、全日本民医連「2009年国民健康保険などの死亡事例調査報告<第4回>」です。それによると、2005～2009年の5年間に確認された「無保険もしくは短期・資格証明書交付により病状が悪化し死亡したと考えられる」119事例のうち、文字通りの無保険者は55.4%で、過半数を超えていました<sup>7)</sup>。

### 3 小泉政権時代の混合診療解禁論争では医療格差導入が公然と主張された

第三に、小泉政権時代の医療政策の特徴を簡単に述べ、同政権下で行われた混合診療解禁論争では、それまでの医療政策ではタブーであった医療格差導入が公然と主張されたことを示します。

#### (1) 医療受診抑制の広がり

2001年4月から2006年9月まで5年半も続いた小泉政権の医療政策には2つの特徴があります。1つは伝統的な医療費抑制・患者負担増加政策がさらに強化されたことです。その結果、日本は2004年には主要先進国(G7)のうち医療費水準(対GDP比)は最低だが、患者負担割合(対総医療費)は最高という、大変歪んだ医療保障制度を持つ国になりました<sup>8)</sup>。

1990年代までのごく一部の低所得層に限定されていた医療受診の抑制も広がったと言えるようです。例えば、国立社会保障・人口問題研究所「2007年社会保障実態調査」によると、過去1年間健康ではなかったが医療機関を受診できなかった世帯は2.0%存在し、そのうち14.2%が健康保険に加入していないため、38.4%が自己負担の割合が高いなど経済的な理由をあげていました<sup>9)</sup>。日本医療政策機構「日本の医療に関する2007年世論調査報告」では、「過去1年間具合が悪いところがあるのに費用がかかるという理由で医療機関に行かなかったことがある」との回答が26%にも達しており、しかもこの割合には経済力による大きな格差がありました(低所得・低資産層で40%、高所得・高資産層では16%)<sup>10)</sup>。両調査の結果はかなり違いますが、その理由は不明です。

#### (2) 混合診療解禁論争と医療格差導入の主張

小泉政権の医療政策のもう1つの特徴は、医療分野への市場原理導入が図られたことであり、特に2004年には、小泉首相の直接の指示を受けて、混合診療解禁論争が活発に繰り上げられました(以下、(8):46-50頁)。その最大の論点は、一部のマスコミが主張するような混合診療解禁そのものの是非ではなく、混合診療の全面(原則)解禁か現行の部分解禁の維持・運用改善かでした。そして、この対立は、公的医療保険の給付水準についての理念の根本的対立(「最低水準」対「最適水準」)に根ざしていました。

具体的には、混合診療全面解禁論者は医療保険給付の「最低水準」説に立ち、患者の支払い能力による医療格差導入を正面から主張しました。それに対して、混合診療全面解禁の反対者(部分解禁の維持・運用改善論者)は医療保険給付の「最適水準」説に立ちました。これは、世界と学会の通説であるだけでなく、意外なことに小泉政権も閣議決定でこれを公式に認めました。具体的には、2003年3月閣議決定「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」では、「社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供される」とされました。

なお、上述した1984年の健康保険法等「抜本改革」を主導した吉村仁保険局長(当時)は、医療関係者には「医療費亡国論」で有名(悪名高い?)ですが、同氏は、この法改正の国会審議では、今後も「必要にして適正な医療というものを保険の中に取り入れていく」とも答弁していました(1984年6月28日衆議院社会労働委員会)。

そして、このような混合診療解禁論争の背景には、医療の「公平」観の対立があります。具体的には、全面解禁論者にとっての「公平」な医療とは、市場メカニズムに従って需要・供給が決められる医療であり、支払い能力に基づく医療格差は当然とされ、逆に混合診療禁止は高所得層の医療需要を抑制するため「不公平」と見なされるのです。これは、小泉政権時代に小泉首相が先頭になって主張した格差是認論の医療版と言えます。

しかし小泉政権時代にさえ混合診療の全面解禁は否定され、その後の自公政権もそれを踏襲しました。やや意外なことに、2009年9月の政権交代による民主党政権成立後、混合診療原則解禁論者が「復活」し、その主張が政府文書にも部分的に反映されるようになっていきます。具体的には、行政刷新会議「規制・制度改革に関する分

科会第一次報告書」(6月15日)、経済産業省「医療産業研究会報告書」(6月30日)等です<sup>11)</sup>。ただし、現時点では、混合診療の拡大(公式表現は「保険外併用療養の範囲拡大」)は先進医療等ごく限定的にとどまっています<sup>12)</sup>。

#### 4 医療格差を縮小するための私の改革提案とその実現可能性

最後に今後の医療政策の対立軸と医療格差を縮小するための私の提案、およびそれらの実現可能性について述べます。

私は、小泉政権～民主党政権の医療政策を踏まえると、今後の医療政策の究極的・理念的対立軸は、公的医療費の総枠を拡大しつつ医療の「平等消費」を促進して、健康の社会的不平等を縮小するのか、それとも公的医療費抑制と混合診療原則解禁により、医療の「階層消費」を促進して、健康の不平等が拡大するのを容認するかにあると思います。後者は、新自由主義的医療改革と言えます。ただし、現実の政治的・経済的条件を考えると、新自由主義的医療改革が全面的に実現する可能性はほとんどなく、両者の中間的政策が導入される可能性が大きいと思います。

私自身はもちろん前者の立場であり、そのために以下のような5つの改革が必要だと考えています。これは、公平で「良質で効率的な医療」を目指した改革の一環です。本節の今までの記述はほとんど私の事実認識でしたが、この改革提案のみは私の価値判断です。ただし、それらの実現可能性についての私の「客観的」将来予測も合わせて行います。

##### (1) 社会保険料を主財源とする公的医療費拡大

第1の、そしてもっとも重要な改革は、公的医療費の総枠拡大のための財源を確保することです<sup>13)</sup>。一般には、医療・社会保障費の財源としては消費税が真っ先に上げられますが、私は日本の現行の医療保障制度が社会保険を主体としており、しかも与野党を問わずすべての政党が「国民皆保険制度の維持(堅持)」を主張している以上、主財源は社会保険料であり、公費(消費税、所得税・企業課税等)は補助的に用いるべきと考えます。

社会保険料引き上げの中心は、他の医療保険に比べて低すぎる組合管掌健康保険の保険料(特に国際的にみて非常に低い事業主負担分)の引き上げです。この改革に対しては、大企業経営者だけでなく大企業の労働組合等

も強く反対しており、「壁」が厚いのは事実です。しかし、それを突破しない限り、公的医療費抑制政策を根本的に転換することはできません。

##### (2) 国民健康保険制度の改革—資格証明書には「風穴」

第2は国民健康保険制度の改革であり、その柱は①国庫補助率の引き上げ(最低限、1984年の健康保険法等「抜本改革」前の水準への復元)、②保険料の「応能負担」化と低所得者の保険料の大幅減免、および③資格証明書交付の廃止の3つです。現在の財政危機を考えると①の実現はすぐには困難と思いますが、③の実現可能性はかなりあると思います。

なぜなら、以下の改革・対応により、資格証明書交付にはすでに「風穴」が開いているからです。まず、2008年12月の国民健康保険法改正により、2009年4月から資格証明書交付世帯のうち中学生以下の子ども(約3.6万人)に対して無条件で短期保険証が交付されることになりました。さらに2010年5月の同法再改正により、同年7月からは、短期保険証の対象は高校生世代(18歳以下。約1万人)にまで拡大されました。

2008年4月に施行された後期高齢者医療制度では、条文上は、それまで資格証明書の交付が禁止されていた保険料を滞納した後期高齢者にも資格証明書が新たに交付されることになりましたが、2008年6月の政府(福田政権)・与党の後期高齢者医療制度見直し策により、「資格証明書の運用に当たっては、相当な収入があるにもかかわらず保険料を納めない悪質な者に限って適用する」とされました。

さらに麻生政権は、2009年1月20日、国民健康保険料が払えず資格証明書を交付された世帯についても、医療の必要性が生じ、世帯主が市町村の窓口で医療機関への医療費の一時払いが困難だと申し出た場合は、「保険料を納付することができない特別な事情に準ずる状況にある」として、短期保険証を発行する方針を閣議決定しました(小池晃参議院議員の同年1月8日の「質問主意書」に対する政府答弁書)。

[これは国民健康保険そのものの改革ではありませんが、「非正規労働者と正規労働者との間の労働条件格差を是正していく…一環として、被用者保険が非正規労働者を含む全ての雇用労働者を加入させるようにすること」も必要と思います(土田武史「岐路に立つ社会保険方式」『週刊社会保障』2010年8月16-23日号)。非正規労働者

が国民健康保険から被用者保険（健康保険）に移行すると、国民健康保険加入者が減少し、それに伴い国民健康保険に対する国・自治体の公費負担も軽減できます。]

### (3) 保険者間の財政調整—民主党の公約にも含まれる

第3は、現在は高齢者医療制度に限定されている、財政基盤の異なる保険者間の財政調整の拡大です。実はこれは、民主党の2009年の総選挙公約（「医療政策（詳細版）」）に、「医療保険制度の一元的運用」の一環として、以下のように掲げられていました。「わが国の医療保険制度は国民健康保険、被用者保険（組合健保、協会けんぽ）など、それぞれの制度間ならびに制度内に負担の不公平があり、これを是正します」。私は、民主党政権成立直後に、これを「現行制度の枠内での部分改革として大きな意味をもってい」と評価しました<sup>14)</sup>。

残念ながら、民主党政権成立後、これの検討はまったく行われていませんが、今後民主党政権が「医療保険の一元的運用」に本格的に取り組んだ場合には、実現する可能性があります。

### (4) 患者の自己負担割合の引き下げ

第4は、現行の原則3割の自己負担率の引き下げであり、私は究極的には全保険での患者負担の無料化を目指すと思います。これは医療受診格差を改善するために決定的に重要な改革ですが、1980年代以降の患者負担拡大政策を180度逆転するものであり、実現のハードルは高いと言わざるを得ません。ただし、日本医師会は「医療崩壊から脱出するための緊急提言」（2009年5月）の中で、「経済的理由による受診抑制」を防ぐために、外来患者一部負担割合の2割への引き下げを主張するとともに、そのために追加的に必要な給付費は約8500億円と試算しており、注目されます。

自己負担の引き下げに対しては、それが患者の「モラルハザード」を誘発して、「無駄な受診」を拡大するとの反対論が必ず出されます。自己負担の引き下げによって受診率が上昇することは確かですが、私の知る限り、その受診率上昇が「無駄な受診」であることを実証した研究は国際的にもありません。逆に、有名なアメリカのランド医療保険実験では、自己負担の引き上げにより「不適切な入院」（いわば「無駄な入院」）のみを選択的に抑制できないことが実証されています<sup>15)</sup>。この実験では、自己負担の引き上げにより入院率は下がりましたが、入

院患者のうち医学的に見て「不適切な入院」と判定された患者の割合は変わらなかったのです。

患者の自己負担の引き下げに対しては、「負担能力に応じた適切な負担」の視点から、自己負担率は患者の所得水準別にすべきとか、支払い能力のある高所得者の自己負担は逆にもっと引き上げるべきとの別の反対論も聞かれます。しかし、私は、「負担能力に応じた適切な負担」は保険料・租税負担に適用される原則であり、患者負担について適用すべきではないと考えています<sup>16)</sup>。

### (5) 高額療養費制度の改善

第5は高額療養費制度の改善であり、その柱は①現物給付の対象を現行の入院医療だけでなく外来医療にも拡大すること、および②3つの治療法と疾患（人工腎臓を実施する慢性腎不全等）に限定されている「特定疾病」（患者の自己負担額が月額1万円に軽減）の対象を拡大することです。

この点については、（がん）患者団体の強い要望に基づいて、社会保障審議会医療保険部会でも2010年7月14日から検討が開始されています。この改善に対してはマスコミも好意的であり、しかも健康保険法改正によらず同法施行令改正や新たな保険局長通知により実施できるので、5つの改革の中では一番実現可能性が高いと言えます。

なお、阿部彩氏〔国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長〕の、医療格差を縮小するための「医療費軽減制度の設計」提案は非常に緻密で参考になりますので、御一読をお薦めします<sup>17)</sup>。

### 【注】アメリカでは医療保険の健康改善効果が実証されている

日本では、国民健康保険資格証明書交付世帯（事実上の無保険者）や文字通りの無保険者の健康状態の悪化については、本文で紹介した民医連の「事例調査」等があるだけで、大規模な実態調査（量的調査）は行われていません。それに対して、4700万人もの無保険者が存在するアメリカでは、医療保険（自己負担）の有無による健康状態の違いについての実証研究が少なくありません。

もっとも初期の調査（しかもランダム化比較試験）は、本文でも紹介したランド医療保険実験で、自己負担がない医療保険では、低所得者や調査開始時にすでに慢性疾患を有していた人々（ハイリスク群）の死亡確率が有意

に低下することが実証されました<sup>18)</sup>。

ただし、この実験では、死亡確率の低下は調査対象（成人）全体では認められませんでした。しかし、2008年に発表された「医療保険〔の有無〕が成人の〔医療〕利用と〔健康〕アウトカムに与える因果効果：アメリカの研究の体系的文献レビュー」<sup>19)</sup>では、医療保険は低所得者だけでなく、成人全体の健康を改善することが確認されました。しかも、医療保険の効果は特に、医師サービスの利用、予防サービスの利用、健康の自己評価、事故や疾

病による死亡率で大きいことも明らかにされました。なお、この文献レビューは、PubMed等3つの文献データベースを用いて、1991年以降発表された研究で、非老人を対象とし、無保険者群と医療保険加入群の差を、縦断的コホート研究・操作変数分析・擬似実験計画法のいずれかで検討している実証研究論文14（ただしランダム化比較試験はなし）を抽出して詳細な分析を行っており、現時点での「決定版」と言えます。

<sup>1</sup> 川上 武『現代日本病人史』勁草書房、1982、42頁。

<sup>2</sup> 二木 立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房、1994、1章。

<sup>3</sup> 二木 立『複眼でみる90年代の医療』勁草書房、1991、67頁。

<sup>4</sup> 馬場園明「医療サービスの受診保障と患者自己負担」『福岡医誌』97(3)：43-52、2006。

<sup>5</sup> 全国保険医団体連合会「国保資格証明書を交付された被保険者の受診率（2007年度）の調査結果について」2009.6.12。

<sup>6</sup> 後藤道夫「医療無保険・無保障と貧困」『月刊国民医療』No.266：2-10、2009。

<sup>7</sup> 全日本民医連「2009年国民健康保険など死亡事例調査報告<第4回>」2010.3.11。

<sup>8</sup> 二木 立『医療改革—危機から希望へ』勁草書房、2007、200-205頁。

<sup>9</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「2007年社会保障実態調査結果の概要」2009。

<sup>10</sup> 日本医療政策機構「日本の医療に関する2007年世論調査報告」2007。

<sup>11</sup> 二木 立「行政刷新会議WGが投じた混合診療解禁論の変化球」『文化連情報』No.387：12-14、2010.6.1.[本書第3章第3節]

<sup>12</sup> 二木 立「『保険外併用療養の範囲拡大』はごく限定的にとどまる」『文化連情報』No.389：16-20、2010.8.1.[本書第3章第4節]

<sup>13</sup> 二木 立『医療改革と財源選択』勁草書房、2009、第1章第3節。

<sup>14</sup> 二木 立「民主党政権の医療政策とその実現可能性を読む」『現代思想』37(13)：180-188、2009.10.1.[本書第2章第1節]

<sup>15</sup> Siu AL, et al : Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. N Eng J Med 315 : 1259-1266, 1986.

<sup>16</sup> 二木 立『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房、2001、78頁。

<sup>17</sup> 阿部 彩「医療費軽減制度」埋橋孝文・連合総合生活開発研究所編『参加と連帯のセーフティネット』ミネルヴァ書房、2010、191-214頁。

<sup>18</sup> Newhouse JP, et al : Free for All? - Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Harvard University Press, 1993, pp.208-211.

<sup>19</sup> Freeman JD, et al : The causal effect of health insurance on utilization and outcomes in adults : A systematic review of US studies. Medical Care 46 (10) : 1023-1032, 2008.

## 【添付論文 2】

## 公的医療費増加の財源選択と私の判断

『医療改革と財源選択』勁草書房、2009年6月、第1章第3節・補論、32-47頁)

## 1 公的医療費増加の財源選択—3つの立場

本節では、公的医療費拡大の財源について論じた2つの拙論をベースにして述べる<sup>3)8)</sup>。医療費抑制政策を転換する上で不可欠なことは、医療費増加の財源についての国民合意を得ることである。しかし、公的医療費増加の財源選択については論争が続いており、国民合意には程遠い。

主な主張は次の3つにまとめられる。第1に全国紙はすべて「社説」で消費税引き上げを主張しており、医療政策の専門家以外の研究者も同様である。社会保障国民会議でも消費税一本槍の議論が続けられている。第2は歳出の無駄削減による医療費財源の捻出論であり、まじめな医療関係者の間で根強い支持がある。第3は社会保険料の引き上げを主財源とする主張であり、医療政策の専門家の大半がこれを支持している。最近では、権丈善一氏や田中滋氏が主張している<sup>9)10)</sup>。厚生労働省幹部も、2007年から、この立場（「保険料路線」）を鮮明にしている<sup>11)12)</sup>。

## 私の医療費財源論—主財源は社会保険料

私も基本的には第3の立場であり、主財源は社会保険料の引き上げ、補助的にたばこ税、所得税・企業課税、消費税の引き上げも用いるべきだと考えている。ただし、社会保険料の引き上げは組合管掌健康保険、政府管掌健康保険〔略称「政管健保」〕。2008年10月より全国健康保険協会管掌健康保険。略称「協会けんぽ」等の被用者保険に限定し、それが困難な国民健康保険と後期高齢者医療制度には国庫負担を増額すべきである。その際、組合管掌健康保険については、極力、使用者の保険料負担を引き上げることが望ましい。他面、保険料（正確にはその基礎となる標準報酬月額または所得の賦課限度額）の上限は、被用者保険だけでなく、国民健康保険でも引き上げるべきである。なぜなら、国民健康保険料の逆進性は被用者保険よりも桁違いに大きいからである。また、組合健保と政管健保の財政力格差と保険料格差（給与水準が高い組合健保の方が保険料率が低い）を考慮すると、

両者の間になんらかの形の財政調整を導入する必要がある。

〔なお、日本医師会『グランドデザイン 2009』（79-83頁）は「公的保険の保険料の見直し」による保険料増収効果を以下のように、試算している。①被用者保険の保険料上限を撤廃し、完全に年取に比例させた場合、約0.2兆円。②国民健康保険の保険料を完全に年取に比例させた場合、0.2兆円超。③組合管掌健康保険・共済組合の保険料を政府管掌健康保険（現・きょうかい健保）の8.2%にまで引き上げた場合、約1兆円。この推計は、保険料の上限撤廃による増収効果はごく限定的であり、大幅な保険料増収を実現するためには、平均保険料の引き上げが不可欠なことを示している。〕

社会保険料の引き上げに対しては必ず、「国民健康保険は、いまでも保険料を払えない人が多く、限界に近い」との反論が出されるが、この主張は被用者保険の存在を見落としている。田中滋氏が明快に指摘しているように、「低所得者への配慮は当然であり、かつ可能ですが、ゆえに全体の負担増はいけないとの論理はつながっていません」<sup>10)</sup>。

そもそも、わが国の医療保障制度が社会保険方式を基本としていることを考えると、社会保険料の引き上げを財源確保の主な手段とするのは、きわめて自然である。〔具体的には、国民医療費（2005年度）の財源別構成割合は、保険料（事業主負担・被保険者負担）49.2%、公費（国庫・地方）36.4%、患者14.4%である。2008年10月に社会保障国民会議が発表した、2025年の「医療・介護費用のシミュレーション」でも、この「財源構造」をそのまま維持すると仮定されている（第3章第4節4）。さらに、現在は、自由民主党から日本共産党まで、すべての政党が社会保険方式を基本とする国民皆保険制度の維持を主張しており、その公費負担方式（国営・公営医療制度）への転換を主張している政党は存在しない。〕

## 主財源は社会保険料と考える追加的理由

その上で、私が第3の立場を支持する追加的理由は2つある。1つは経済的理由で、日本の社会保険料水準（特に企業負担分）が他の社会保険方式の国よりも相当低いことである。アメリカ企業の社会保険料水準は日本より低い、アメリカの（大）企業が負担している民間医療保険料は日本よりはるかに高額である。しかも、正規雇用の拡大の動きなど、最近の雇用問題の潮目の変化は社

会保険料財源拡大の追い風になっている。例えば、福田首相は、4月16日の社会保障国民会議で、非正規雇用の改善と社会保険の適用拡大等を要請した。

もう1つの理由は政治的理由で、現行の制度・政策の下では、消費税の引き上げの大半は、年金の国庫負担率引き上げや少子化対策に使われ、医療費増加の主財源にはならないからである。しかも、現在の「ねじれ国会」では消費税の引き上げを早期に行うのは困難である。それに比べ、社会保険料の引き上げは相対的に容易であり、現に2008年度予算では、保険料の引き上げにつながる健康保険組合等からの拠出金により、社会保障費の当然増分2200億円の抑制の半分が捻出されることになった[最終的に同法案は廃案となった]。

### 財源調達力と政治的実現可能性から判断

順序が逆になったが、私は、医療費増加の財源選択は、財源調達力と（相対的な）政治的実現可能性の両面から判断すべきと考えている。なぜなら、主要先進国中最も厳しい日本の医療費抑制政策を転換し、日本の現在の医療費水準（対GDP比。2004年で8.0%）を、長期的にアメリカと日本以外の主要先進国（G5）平均（9.6%）にまで引き上げるためには、毎年約8兆円（500兆円×1.6%）という巨額な追加財源が必要になるからである。

これは理想論としても、現在の医療危機を克服するためには、毎年新たに数兆円規模の財源を確保する必要がある。このような巨額費用の財源調達力という視点からは主財源は消費税と社会保険料の2つしかなく、しかも（相対的な）政治的実現可能性という視点からは、主財源としては社会保険料の引き上げの方が現実的と判断したわけである。[なお、現在、消費税は福祉目的税化の是非が議論されているが、他の基幹税（所得税と法人税）と異なり、消費税は、1999年度予算以来、毎年の予算総則により福祉目的（基礎年金、高齢者医療、介護）に使途が限定されており、すでに「福祉目的化」が図られている。]

[社会保険料の方が「政治的実現可能性」が高いという私の主張（「客観的」将来予測）に対しては、「財界は保険料の引き上げには絶対反対するし、連合をはじめとする労働組合も反対するので、実現不可能ではないか？」との疑問が、よく出される。私自身も、これが容易であるとはまったく考えていない。特に、現在のような深刻な不況下では、社会保険料の引き上げであれ、消費税の

引き上げであれ、医療費の大幅な財源拡大（国民の側からみれば負担増）が早期に実現する可能性はほとんどない。私が強調したいのは、あくまで、医療費財源の確保という点では、消費税の引き上げよりは、社会保険料の引き上げの方が、「相対的」には実現可能性が高く、それを追求するしか道はないということである。この可能性を頭から否定することは、医療費財源の拡大自体をあきらめることを意味する。]

## 2 歳出の無駄の削減は主財源にはならない

ここで、第2の立場（歳出の無駄の削減）について簡単に述べておきたい。実はこれには2種類ある。1つは公共事業費の削減、もう1つは軍事費の削減である。私はこれら両方に賛成であるが、それを医療費増加の主財源とすることは不可能である。

まず、公共事業費についていえば、その財政規模（対GDP比）が欧米諸国の2倍の6%前後だったのは1990年代までであり、森・小泉内閣時代に急激に削減され続けた結果、2007年度には3.0%にまで低下し、日本の突出は収束している[図1—1]。そのために、今後、公共事業費を連続的に大幅削減することは困難であり、ましてやそれを医療費増加の主財源にすることはできない。

次に軍事費の対GDP比は1%にすぎず、それを大幅に削減しても医療費増加の主財源にはなりえないし、そのような主張をする政党（共産党と社民党）は国会内で圧倒的少数派であり、少なくとも短期的には実現可能性がない。

それ以外の税財源としては、たばこ税や酒税の引き上げ、累進課税の（再）強化、企業課税の（再）強化等があげられることが多い。私は、これらいずれにも賛成であるが、それによる税収増加はそれほど大きくはない。

## 3 「霞ヶ関埋蔵金」にも期待できない

最近では、政府・与党内部で、「霞ヶ関埋蔵金」（特別会計の超過積立・準備金）論争が盛んで、「上げ潮派（成長重視派）」の人々はこれの存在を強調し、それを取り崩して、財政健全化に用いることを主張している。例えば、小泉・安倍政権の下で、構造改革路線の黒子役を果たした高橋洋一氏（元内閣参事官）は、特別会計だけで埋蔵金を実に50兆円にも上っており、増税をしなくても財政再建は可能であると主張している<sup>13)</sup>。

ただし、この推計に対しては、強い批判もあり、論争



は決着していない。例えば、吉野直行氏は、高橋氏が「埋蔵金」の中で「極めて突出」しているとした財務省の財政投融资資金特別会計の準備金を「取り崩す効果はわずか」と反論しているし、井堀利宏氏も同様の指摘をしている<sup>14)15)</sup>。なお、高橋氏は、一般的には歳出抑制の急先鋒と見なされている財務省さえ、「大きな政府」派＝「社会主義を信奉する官僚たち」と批判している筋金入りの「小さな政府」派であり、「埋蔵金」は財政再建にのみ用いることを主張し、それを医療・社会保障費の拡充に用いることはまったく想定していない。

それに対して、医療関係者の中には高橋氏の主張のうち、「埋蔵金」の推計のみに注目して、その一部を医療に回せば、国民の負担増（社会保険料や消費税の引き上げ）なしで、医療危機を改善できると考えている方もいる。

しかし、私は、このような主張には、次の2つの理由から賛成できない。1つの理由は、権丈善一氏が明快に主張されているように、高橋氏の主張するように、もし無駄な積立金があるとしたら、日本には巨額の累積債務がある以上、「ストックはストックの原則」の下、債務の返済に回すべきだからである<sup>16)</sup>。

もう1つの理由は、仮に「埋蔵金」の一部が、「生活者財源」（福田首相）に回るとしても、その場合には、医療だけでなく、福祉・介護、女性・少子化対策、教育、環境・地球温暖化対策、さらにはODA（政府開発援助）等との間で激しい「分捕り合戦」・「争奪戦」が生じ、しかも現在の政治的力関係を考慮すると、医療費に回されるのはごく限定的だからである。

## よその分野の財源に依存するのは「情けない主張」

この例に限らず、医療関係者には、「よその分野の金を医療に回す」ことに固執し、次々に新しい財源候補を持ち出してくる方が少なくない。[しかし、それらの出所の中には、政治的実現可能性を無視した放言・珍説が少なくない。例えば、著名な経済評論家の森永卓郎氏は、最近、相続税の強化（基礎控除を1相続当たり2000万円に引き下げた上で、残りを100%課税）により53兆円が税収になり、「所得税も消費税も法人税も一切支払わなくてもよいことになる」と主張しているが、これは現在の相続税収額1.5兆円のなんと35倍である（「構造改革をどう生きるか」2008年3月3日。日経BP社のホームページに掲載）。私も相続税の強化自体には賛成だが、このような数字遊びには与しない。]

しかし、田中滋氏が明快に主張しているように、「研究も調査もなしに、他のある分野の支出は不要だと主張することはできないし、「他を削れと訴えるなら、その分野で働く人とその分野の対象者の分析や思いを公正に聞かなくてはなら」ず、それを抜きにして、「よその分野の金を医療に」と主張するのは「情けない主張」である<sup>10)</sup>。

田中氏は、この視点から、医療費増加には国民の負担増が必要であり、その場合、「低所得者への配慮は当然」行いつつ「社会保険料が主になる」と主張されており、私もまったく同感である。

ここで見落としてならないことは、日本は、どの尺度（一般政府の支出規模の対GDP比、国民負担率、人口千人当たり公務員数）をとっても、アメリカと並ぶ「小さな政府」であるため、歳出の無駄や「霞ヶ関埋蔵金」の取り崩しによる大幅な医療費財源の捻出は困難なことである。そのために、私は、それらによる財源捻出に固執

1 二木 立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2008、pp.104-106。

2 二木 立「医療改革—敢えて『希望を語る』」『日本医事新報』No. 4335：77-80、2007. 5. 26。

3 二木 立「医療改革—希望の芽の拡大と財源選択」『日本医事新報』No. 4384：81-84、2008. 5. 3。

4 二木 立「混合診療禁止は違法？—東京地裁判決をめぐる空騒ぎ」『文化連情報』No. 358：22-25、2008. 1. 1.[本書第3章第2節1]

5 二木 立「医療・社会保障政策の部分的見直しが始まった—『骨太の方針2008』等を複眼的に読む」『文化連情報』No. 366：21-25、2008. 9. 1.[本書第3章第4節3]

6 二木 立「医療政策転換にかすかな兆し 2つの閣議決定見直しが焦点」、『週刊東洋経済』No. 6110：111、2007. 11. 3.[本書第3章第1節2]

7 中澤堅次「現場認識と乖離する医師の需給に関する検討会報告書」『社会保険旬報』No. 2292：18-20、2006. 9. 21。

8 二木 立「医療費の財源選択についての私の考えの変化—主財源は社会保険料と判断するまでの試行錯誤」『文化連情報』No. 364：28-33、2008. 7. 1.[本章補論]

9 権丈善一「社会保障関係者、2008年の選択」『週刊社会保障』No. 2463：52-57、2008. 1. 7。

10 田中 滋「新自由主義への流れは止まったが」『月刊/保険診療』63(2)：3-8、2008. 2. 11。

11 二木 立「医療改革—危機から希望へ」勁草書房、2007、pp.39-42。

12 宮島俊彦「医療の財政問題」『社会保険旬報』No. 2347：6-14、2008. 4. 1。

13 高橋洋一『さらば財務省！』講談社、2008。

14 吉野直行「(経済教室) 特別会計と財政再建—埋蔵金 頼みには限界」『日本経済新聞』2008年5月6日朝刊。

15 井堀利宏「『歳出の無駄』の研究」日本経済新聞社、2008。

16 権丈善一「『医療崩壊』阻止には『見直し』が不可欠」(m3.comインタビュー「医療維新」2008. 5. 9. [http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080509\\_1.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080509_1.html)) [『社会保障の政策転換』慶應義塾大学出版会、2009、pp.178-186。]

し、社会保険料の引き上げに頑なに反対していると、「今そこにある危機」である医療危機・医療崩壊がさらに進んでしまうと危惧している。

### おわりに—改めて「絶望しすぎず、希望を持ちすぎず」

以上、この1年間 [2007 年後半～2008 年前半]、医療危機・医療荒廃が一方向的に進行したのではなく、同時に

医療改革の希望の芽も拡大したことを示した。今医療関係者に求められているのは、医療崩壊を声高に叫ぶことではなく、「絶望しすぎず、希望を持ちすぎず」、制度の部分改革と自己改革を進めることにより、希望の芽をさらに拡大し、医師・医療費抑制政策の転換につなげていくことである。迂遠なようにみえても、これが医療崩壊・医療荒廃を防ぐ唯一の道であることを改めて強調したい。

## 補論 医療費の財源選択についての私の考えの変化—主財源は社会保険料と判断するまでの試行錯誤

(2008年7月)

『日本医事新報』2008年5月3日号(4384号)に発表した拙論「医療改革—希望の芽の拡大と財源選択」の後半[本章第3節に相当]で、私は、まず公的医療費増加の財源選択論争では、①消費税引き上げ、②歳出の無駄削減による医療費財源の捻出、③社会保険料の引き上げの3つの主張がなされていることを指摘しました。次に私が医療費増加の主財源として社会保険料の引き上げを支持する2つの理由を説明し、最後に、歳出の無駄削減には賛成だが、それは医療費増加の主財源とはならない理由を述べました。

この論文を読まれた方からは、「医療費増加の財源として、今までは消費税でという思いを持っていたが、現在の政治情勢では到底無理だと感じた」等の肯定的感想をいただく一方、消費税であれ、社会保険料であれ、国民負担の増加には絶対反対だとする医療関係者からは、次のようなさまざまな批判・意見もいただきました。「中小零細企業にとっては保険料負担の引き上げは耐えられない」、「道路特定財源を一般財源化して、その一部を医療に回すべき」、「たばこ税・酒税を大幅に引き上げて、医療に回すべき」、「平和国家と矛盾する軍事費を大幅削減して医療に回すべき」、「特別会計の無駄をカットしたり、『霞ヶ関埋蔵金』(特別会計の超過積立・準備金)を取り崩して、医療に回すべき」、「所得再配分機能を強化するために、所得税と企業課税、さらに相続税を(再)強化して、医療に回すべき」。

私は、これらの主張を読んで、ある種の「懐かしさ」を感じました。なぜなら、2006年に主財源は社会保険料という結論にたどり着くまでには、私自身もそのように考えたことがあったし、現在でも理念的には(財源調達力や政治的実現可能性を無視すれば)、それらのほとんどに賛成だからです。そこで、本稿では、1994年以降15年間の、医療費の財源選択についての私の考えの変化・試行錯誤を率直に振り返りながら、本章第3節の補足を行いたいと思います。

### 1994年の私の判断—公費負担と企業負担の引き上げ

私は医師出身の研究者であることもあり、1990年代初頭までは、医療制度のうち、主として医療提供制度の研究を行い、専門外で不得意な医療保障制度や医療費財源についての発言はできるだけ控えていました。

この「自己限定」を転換したのは、1994年に『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』(勁草書房)を出版したときでした。この本では、1992~1993年のアメリカ留学時に行った日米医療の比較研究を踏まえて、日本医療の最大の課題は、1980年代以降続けられてきた「世界一」厳しい医療費抑制政策を見直し、公的医療費の総枠を拡大することであると主張しました。当時は、医療関係者を含めても、医療費・社会保障費拡大を主張する声は大きくなく、しかも引き上げる場合、その財源としてはもっぱら消費税の引き上げが考えられていました。

それに対して、私は、先進国の中で、日本と並んで「国民負担率」が低いアメリカの公費負担医療費と企業負担医療費(対GDP比)が日本よりもはるかに多いことに注目して、消費税を引き上げなくても、「硬直した予算配分方式の見直し」により公費負担を増やすこと、および企業負担医療費を引き上げることにより、公的医療費の総枠を拡大することが「原理的には」可能であると主張しました(39~43頁)。

実は、「硬直した予算配分方式の見直し」は1993年7月に成立した非自民連立政権(細川護熙首相)の合意事項だったのですが、この政権はごく短命に終わり、翌年6月には自民党主導の自社さ連立政権(村山富市首相)が成立しました。そのため、この「見直し」はほとんど行われないうちに、日本は21世紀を迎えました。

### 2001年の私の判断—理想論と消費税引き上げの両論併記

次に私が医療費財源についてのまとめた主張をしたのは、2001年に出版した『21世紀初頭の医療と介護』(勁草書房)序章の「医療・介護の財源私論」(16~18頁)においてでした。上述したように、私は1994年時点では、医療費財源の「原理的」検討しか行いませんでしたが、これだけでは改革の議論は進まないと反省し、私の考える理想論だけでなく短期的に実現可能な現実論も示すことにし、次のような3段階の主張をしました。

第1に、医療費増加の財源として「短期的には、たばこ税の引き上げが妥当」と述べました。ただし、「これに

より得られる税収はそれほど大きくない」(たばこ税1本2円の引き上げで約5000億円)ため、第2に「中長期的には、…公共事業費(公共投資額)を段階的に削減して、医療・福祉費にシフトすることが不可欠である」、「軍事費も削減対象にすべきである」「歳入面では、1990年代に緩和された累進課税と企業課税を1990年代以前の水準に戻し、歳入の増加を図る必要がある」と主張しました。

しかし「このような『理想論』が実現する可能性は少なくとも短期的にはない」ことを踏まえて、第3に「食品等生活必需品の非課税(またはゼロ税率)化により、消費税の逆進性を改善・緩和した上で、一部を医療・福祉費の財源に充当することは十分検討に値する」と指摘しました。と同時に、「負担の逆進性が強い現在の消費税の税率を引き上げて医療・福祉費の主な財源とすることや、医療・福祉費の財源を制約する消費税の目的税化には反対である」とも述べました。実は私は、それまで逆進性が強い消費税に強い批判を持っていたので、このようなごく控えめな主張に転換するだけでも、「清水の舞台」から飛び降りるような気持ちでした。

私がこのような転換をした理由は、「理想論」がすぐに実現する可能性がないだけでなく、「負担の逆進性は、医療保険料や介護保険料の方が、消費税よりもはるかに強い」ことに気づいたからでした。そのためもあり、「医療保険・介護保険の給付費増が社会保険料の引き上げで賄われる場合には、消費税の引き上げよりも、低所得者の負担が増す」と指摘するなど、社会保険料の引き上げには否定的でした。なお、この時は、医療保険のうち健康保険の保険料の逆進性しか指摘しませんでした。その後、国民健康保険の保険料の逆進性は健康保険よりも桁違いに大きいことを知りました。

## 2006年以降の私の判断—主財源は社会保険料の引き上げ

しかし、その後、多くの医療経済学・医療政策研究者や厚生労働省関係者等と率直に意見交換する中で、現在の政治的力関係や財政事情を考慮すると、消費税引き上げの大半は年金の国庫負担引き上げや財政赤字縮減の財源として用いられ、医療費にまわる余地はほとんどないため、いわば消去法として医療費増加の主財源は社会保険料しかない判断するようになりました。

そのことをもっとも痛感したのは、私が司会をした

2005年8月の日本病院会のシンポジウム「国家財政と今後の医療政策」で、全シンポジスト(財務省、厚生労働省、日本医師会、日本病院会所属、および田中滋慶應義塾大学教授)が、個人的意見として、医療費増加の主財源として社会保険料をあげたことでした(『日本病院会雑誌』53巻7号)。

そこで、2006年に出版した『医療経済・政策学の視点と研究方法』(勁草書房)では、初めて、「公的医療費の総枠拡大の主財源は社会保険料の引き上げであり、補助的に、たばこ税、所得税と企業課税、および消費税の適切な引き上げも行うべき」と主張し、合わせて「消費税を公的医療費の主財源にするのは困難」と私が考える理由を述べました(63, 69頁)。同時に私は、「これはあくまで、現時点での私の『政治判断』であり、社会保険料の方が優れていると考えているわけではない。私は、社会保険料と消費税には一長一短があり、どちらが原理的に望ましいとの『価値判断』はできないと考えている」とも指摘しました。

2007年に出版した『医療改革—危機から希望へ』(勁草書房)では、この立場をより鮮明に打ち出しました(13~14頁)。しかし、同書では、社会保険料引き上げの具体的方法は述べませんでした。そのために、この主張に対しては、「国民健康保険は、いまでも保険料を払えない人が多く、限界に近い」との反論をしばしば受けました。

そこで、論文「医療改革—希望の芽の拡大と財源選択」では、「社会保険料の引き上げと標準報酬月額上限の引き上げは組合健保、政管健保等の被用者保険に限定し、それが困難な国民健康保険と後期高齢者医療制度には国庫負担を増額すべきである」と述べ、社会保険料を主財源としつつ、公費も補助的財源として用いることをより鮮明にしました。それでは書き落としましたが、①組合健保と政管健保の財政力格差と保険料格差(給与水準が高い組合健保の方が保険料率が低い)を考慮すると、両者の間になんらかの形の財政調整を導入する必要がある、②国民健康保険の高所得者の保険料負担を引き上げる必要がある、と考えます。[これらは本章第3節に補足]

## 社会保障負担率の正しい国際比較

このような社会保険料の引き上げ論に対しては、日本の社会保障(社会保険料)負担は、イギリスやアメリカよりも高く、主要先進国の中で低位ではなく中位であり、引き上げ余地は少ないとの批判も聞かれます。確かに財

務省「国民負担率の内訳の国際比較」（日本を含めて7か国。日本は2008年、他国は2005年）によると、日本の社会保障負担率（対国民所得比）は15.0%であり、ドイツ（23.7%）、フランス（24.6%）、スウェーデン（19.2%）よりは低い反面、イギリス（10.8%）、アメリカ（8.9%）よりは高くなっています [図1—2]。

ただし、社会保障負担率を比較する場合には、各国の社会保障制度の方式・型の違いを考慮する必要があり、日本と直接比較できるのは、同じ社会保険方式のドイツとフランスです。それに対して、イギリスの社会保障負担率が低いのは、イギリスの医療保障制度が税財源負担（NHS）であるという単純な理由によります。アメリカの社会保障負担率が低いのは、アメリカには全国民を対象とする公的医療保障制度がないためですが、逆に、アメリカの企業は日本企業に比べてはるかに多額の私的医療保険料を負担していることを見落とすべきではありません。

少し古い数字ですが、アメリカの1992年の企業負担の私的年金・私的医療保険費用（対国民所得比）は5.7%に達しており、日本の1995年の0.5%（税制適格年金）の10倍以上です（厚生労働省「社会保険料負担の国際比較」）。大企業の医療保険料負担の日米格差はさらに大きく、例えば、GMの車1台当たりの医療保険料は約1600ドル（現役労働者分約500ドル、退職者分1100ドル）に

対して、トヨタは約200ドル（現役労働者分の公的保険料の企業負担分のみ）にすぎません（The Economist 2007年9月29日号、64頁）。

**理想論だけでは「今そこにある医療危機」がさらに進んでしまう**

最後に誤解のないように。冒頭述べたように、私は、所得税（の累進性）と企業課税、さらには相続税の（再）強化には大賛成です。これは税財源確保のためだけでなく、租税の再分配機能を復活し、近年社会問題化している貧富の格差を縮小するためにも不可欠と考えます。それらを1990年代以前の水準に戻すだけで、理論的には「年10数兆円の財源を容易に確保することができる」との主張も見られます（日本租税理論学会編『消費税増税なしでの財政健全化』法律文化社、2007）。

しかし、このような「理想論」を正面から主張している政党（共産党と社民党）は国会内で圧倒的少数派であり、少なくとも短期的には実現可能性がないと言わざるを得ません。そのために私は、医療費増加財源として理想論のみに依拠して、社会保険料の引き上げに頑なに反対していると、「今そこにある危機」である医療危機・医療崩壊がさらに進んでしまうと危惧しています。これは、歳出の無駄の削減のみで医療費財源が捻出可能だとする主張についても同じです。

〔報告 2〕

日本医療の満足度に関する神話と真実

**神話：**日本医療の客観的成績は非常に良好だが、国民の医療満足度は低い。

例：ロイター通信が2010年に報じた「医療制度に関する満足度調査」：日本は22か国中最下位。

…日本医師会は同年5月26日に定例記者会見で反論しているが、真野俊樹『医療崩壊』（中公新書、2017年8月）は「はじめに」でそのまま引用。

**真実：**

(1) 日本の医療満足度は、受けた医療の満足度も、医療制度の満足度も高い。

& 2008年以降、両者とも着実に上昇している→文献1。

(2) 国際的に見ると日本の医療満足度は一見低いが、これは日本人の生活満足度が低いこと&日本人の回答傾向（極端な回答は選択しない）を反映している可能性→文献2・3。

**資料・文献**

1. 日医総研『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。調査責任者：江口成美氏。ウェブ上に公開）

○2002年から2017年まで15年間も継続実施されている全国民対象の唯一の調査&同一人研究員が継続的に担当。このような調査は国際的にもないと思う。

\*基本的調査項目は同じ&適宜、新しい項目が追加されている。

\*第2回から「受けた医療の満足度」と「日本の医療全般の満足度」を区別して調査。

\*第1~3回は国民・患者・医師別に調査。第5・6回は国民のみ。

○国民の「受けた医療の満足度」と「日本の医療全般の満足度」共、2008年（医療危機・荒廃が社会問題になった頃）の第3回調査（それぞれ79.7%、50.9%）が「底」で、それ以降、毎回着実に改善し、2017年にはそれぞれ92.3%、74.2%に達した（17頁）。

\*日本の医療全般の満足度は20~44歳、21大都市で最も高い（各80.9、77.1%）（18頁）

\*「患者一人ひとりの性格や立場、本人の希望といった個別状況に応じた医療が行われていると思う人の割合」は2008年の49.7%から、2017年の73.9%へと、9年間で

24%ポイントも上昇！（19頁）。

○満足度以外の興味ある知見は以下の通り。

\*この15年間、一貫して、国民の7割以上が「平等医療」（「所得の高い低いにかかわらず、受けられる医療の中身（治療薬や治療法）は同じである方がよい」）を支持し、「格差医療」の支持は微増しつつも、2割未満にとどまり続けている（45頁）。

\*医療受診の手控え（「過去1年間に具合が悪いが費用がかかるという理由で医療機関の受診を見合わせたことがある」。新規調査項目）は、低所得者と「健康状態が悪い」人で特に多い：全体では5%だが、世帯の年収200万円未満では7.8%、「健康状態が悪い」人では9.2%（79頁）。

\*「医療機関の受診のあり方」についての質問で、「病気の程度にかかわらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する」の賛成（29.5%）より、「最初にかかりつけ医など決まった医療機関を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい、受診する」（67.3%）の方が倍以上多い（41頁）。後者は「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年）が提案した「穏やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』」とほぼ同じ。それへの支持がこれだけ多いことは、今後の改革に希望を与える。

\*「治る見込みがない場合の最期までの療養生活の場」で、自宅で療養したいは77.2%を占めるが、そのうち「自宅で最期まで療養したい」は全体の19.6%（男性25.2%>女性14.8%）。後者の割合は2011年28.5%、2014年14.5%で明らかな増加傾向はない。これは厚生労働省の一連の「終末期医療に関する調査」ともほぼ一致（2008年：「自宅で最期まで療養したい」は10.9%）。国民の多くが「最期まで自宅」を望むとの報道は事実誤認（例：「読売新聞」2017年8月26日「診療・介護報酬同時改定」）。

2. 二木 立「医療満足度の国際比較調査の落とし穴」（『医療改革—危機から希望へ』勁草書房、2007、184-199頁。添付）。

○はじめに—日本医療の評価の分裂：客観的指標は世界最高水準 vs 主観的指標は低位。

○医療満足度の国際比較調査の全体像：13論文を対象。うち日本を含むものは4論文のみ。

○2種類の医療満足度：医療制度満足度 vs 受けている医療の満足度。

\*両者を区別して調査しているものは少ない。

○日本の医療満足度は国際的に低位。

○英語圏5か国の医療制度満足度：各国の満足度は一定しておらず、かなり変化する。

○医療制度満足度と1人当たり医療費は、アメリカを除くと相関する。

○医療満足度と生活満足度の間には非常に強い相関。

\*塚原氏等の試算：医療満足度÷生活満足度を指標にすると日本の医療満足度は中位。

○日本人は極端な回答は選択しない傾向→生活満足度も医療満足度も低く回答。

3. 日医総研「第4回医療に関する満足度調査」(2012年4月(調査は前年))

○生活に満足している人は、不満足な人より、医療満足度が高い(45頁)。

\*受けた医療に対する満足度：生活に満足している人90.8%>同不満足 80.1%。

\*医療全般の満足度：生活に満足している人67.8%>同不満足 44.9%。

○各年の生活満足度で補正した医療満足度は、2006~2011年にも着実の上昇(46頁)。vs補正前の医療満足度は2006~2008年に低下(6頁)。

〔報告 3〕

## 私の「医療者の自己改革論」の軌跡

### 1. 1987～1994年の医療者の自己改革論の「萌芽」

○私が医療者の自己改革の必要性に気づいた「原点」は、1987年に『病院』紙上で旧厚生省技官と行った公開論争です（この経緯については、『医療改革』（勁草書房、2000）の第1章補論4「私はなぜ医療者への自己改革を強調するか—B 医師との対話から」に書きました。このB 医師とは小松秀樹氏です）【資料1】。

○『90年代の医療』（勁草書房、1990）の「あとがき」で、「医療関係者の間では、厚生省の力を過大評価する一方で、医師・医療機関全体を厚生省の悪政の被害者とみなす理解が根強く、医師・医療機関の内部に存在する弱点や階層分化を指摘することは、なかばタブーとなっている」現状を批判し、「一切のタブーにとらわれず、事実と“本音”を語る」と宣言しました。これの「理論的基礎」は、川上武先生の媒介的な「低医療費政策」規定（「本来公共投資すべき医学研究・医学教育・医療施設などの費用を開業医をパイプとして患者に転嫁していく政策」）に基づいて、「医師・医療機関は医療政策の単なる被害者ではない」ことを明らかにしたことです（73-78頁）。

○『90年代の医療と診療報酬』（勁草書房、1992）のⅡ5「90年代の在宅ケアを考える」の「おわりに」で、開業医の「活路は開業医の『自己革新』」にあると提起しました（154-155頁）【資料2】。

○『「世界」の医療費抑制政策を見直す時期』（勁草書房、1994）の1章六「公的医療費総枠拡大の国民合意形成のために」で、「『公正さと透明性』『情報公開』は、厚生行政だけでなく、医療機関の側にも求められていることを強調」し、「特に医療機関の経営公開（少なくとも中規模以上の病院では個々の病院の経営公開）を制度化し、職員に対しても、患者・市民に対しても、ガラス張りの経営を実現しない限り、公的医療費の総枠拡大に対する『国民合意』を得ることは不可能」と述べました。併せて、「わが国医療機関経営の3つの不透明」をあげ、「早急に是正すべき」と主張しました。それらは、①老人病院等での多額の保険外負担の徴収、②一部（？）の大学病院・大病院で「慣例化」している医師等への多額の謝礼や医師と製薬企業等との金銭的癒着、③大学病院研修医の薄給を「補填する」民間病院アルバイト先での高

給（67-68頁）【資料3】。

### 2. 2000～2004年に出版した著作3冊で医療者の自己改革論を包括的に提起

○『介護保険と医療保険改革』（勁草書房、2000）のⅡ-2「幻想の医療ビッグバンとDRG/PPS」の「おわりに」で、以下のように書きました。

「今、医療関係者に求められていることは、実態のないキャッチフレーズに踊らされるのではなく、わが国の医療と医療政策の現実をリアルにみつめて、着実に自己改革を進めていくことである。[私は、自己改革の三本柱として、①個々の医療機関の役割の明確化、②医療・経営の効率化と標準化、③他の医療・福祉施設との連携強化（ネットワーク形成）または「保健・医療・福祉複合体」化、を考えている。] 抜本改革よりも当事者による地道な改善の積み重ねのほうが…効果的である」という、池上直己氏らの主張を筆者も支持したい。（[ ]は『からだの科学』掲載論文（1999）を同書に収録した時の加筆）（122頁）【資料4】。これが、私の「医療者の自己改革」という表現と「自己改革の三本柱」の初出です。

○この[ ]の記述を、愛知県のある有力病院経営者に評価され、翌年出版した『21世紀初頭の医療と介護』（勁草書房、2001）の序章3「公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革」で、包括的に論じました。ここでは、「個々の医療機関レベルでの3つの自己改革」として、①個々の医療機関の役割の明確化、②医療・経営両方の効率化と標準化、③他の医療・福祉施設との連携強化やネットワーク形成、または「保健・医療・福祉複合体」をあげ、それを超えた「より大きな2つの〔制度的〕改革」として、①医療・経営情報公開の制度化—公私を問わず、全医療機関の基本的医療情報公開と病院（少なくとも地域の基幹病院）の経営情報公開の制度化—、と②専門職団体の自己規律をあげました（37-45頁）【資料5】。

○『医療改革と病院』（勁草書房、2004）の第Ⅱ章3「公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革」では、「個々の医療機関レベルでの3つの自己改革」と「個々の医療機関の枠を超えた、より大きな3つの改革」をより具体化しました。後者は、「①医療・経営情報公開の制度化、②医療法人制度改革、③専門職団体の自己規律の強化」です。①と③は『21世紀初頭の医療と介護』でも提起しましたが、②は本書で新たに追加しました（70-89



頁)【資料6】。今読み返しても、これらの改革はよく書いていると思います。逆に言えば、それ以降の10年余で、私の医療者の自己改革提案については大きな進歩はありません。

### 3. 2006年以降の著作でも断片的に医療者の自己改革に言及

○『医療改革』(勁草書房, 2006)の第1章第3節で新たに生まれた医療改革の「希望」について論じた時に、「第1の希望—最近の制度改革の肯定面と専門職団体の自己規律」の後者に関わるものとして、①医療・経営情報公開の制度化、②医療法人志度改革、③医療専門職団体の自己規律の強化をあげました(16-17頁)。

○『医療改革と財源選択』(勁草書房, 2009)の第1章第1節「第1の希望の芽の拡大—制度改革の肯定面と医療者の自己改革」では、医療者の自己改革として衆目すべきこととして、日本医師会が2008年診療報酬改定に際し、診療所から病院への診療報酬シフトに、史上初めて合意したことをあげ、ジャーナリズムで根強い「医師会=開業医の利益団体という…ステレオタイプな理解」を批判しました(26頁)。

○『民主党政権の医療政策』(勁草書房, 2011)の第5章第1節では、「現在の医療危機克服の『必要条件』は公的医療費と医師数の大幅増加と考えていますが、短期的には、都道府県単位での医師会・大学医学部・病院団体の合意によるさまざまな『自主規制』も必要だと判断しています」と述べました。併せて、アメリカの医療経済学者のフュックス教授が、市場競争と政府規制では医療のコントロールはできないとして、「専門職規範(professional norms)の再活性化を第3のコントロール手段とする必要がある」と主張していることを紹介しました(133-134頁)。フュックス教授の問題提起の全訳は『TPPと医療の産業化』(勁草書房, 2012)に掲載しました(99頁)。

○『安倍政権の医療・社会保障改革』(勁草書房, 2014)の第1章第1節では「社会保障制度改革国民会議報告書」が「医療専門職団体の自己規律」を強調していることを、次のように高く評価しました。「国民会議報告書の医療提供体制改革提案(中略)で私がまず注目したのは『医療問題の日本の特徴』の項で、欧州に比べた日本の病院制度の特徴(私的病院主体の「規制緩和された市場依存型」)を指摘し、今後の改革は『市場の力』でもなく、『政府の

力』でもない『データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立』を提唱すると共に、『医療専門職団体の自己規律』を強調していることです。これは、医療提供体制改革の『第三の道』と言えます(5頁)。私はこれは、上述したフュックス教授の問題提起に通じると判断しました(51頁)。

#### 【資料1】

『医療改革—危機から希望へ』勁草書房, 2007, 36-38頁。

### 第1章 補論4 私はなぜ医療者の自己改革を強調するか?—B 医師との対話から

私は、公的医療費の総枠拡大についての国民的理解を得るには医療者の自己改革が不可欠と考え、個々の医療機関レベルの3つの自己改革と個々の医療機関の枠を超えたより大きな3つの改革を提案しています。

これに対して、政府の医療政策やマスコミの片面的な医療事故報道を厳しく批判されている高名なB医師から、次のような率直なコメントをいただきました。「先生の御主張全般に深く賛同いたします。ただ、先生の御意見では、国民・患者の強い医療不信をそのまま認めすぎているように思います。また、現場の医療従事者がどのような考えをもっているのか、どう動こうとしているのかについての視点が乏しいように思います。現場の医師もまた、患者を含めて医療をめぐる社会側の態度に対し強い不信と不満を持っています。医師の士気の崩壊は座視できぬ状況にあります。双方の不信を取り除くための対策を早急に講じないと、崩壊への不可逆点を越えてしまうように思われます」。

それに対して、私は以下のようにお返事しました。

「良心的な名医である先生が、拙論が『国民・患者の強い医療不信をそのまま認めすぎている』と思われるお気持ちはよく分かります。しかし私は、社会的には(相対的に)まだ強い立場にある医師・医師会は、主観的には『譲りすぎ』と思うほど譲って自己改革を進めないと、国民やジャーナリズムの信頼は得られないと思っています。古い諺を使えば、『韓信の股くぐり』です。(漢の高祖を助けて天下統一の功績のあった武将韓信が、青年時代、街のならず者から辱めを受けたが、よく我慢してその相手の股をくぐったという故事。大望を抱く者はよく忍耐する意)。

## 医療者の自己改革の原点は20年前の公開論争

実は、私は、今から20年前（1987年）に、旧厚生省の技官（匿名）と『病院』誌上で「長期入院の是正」について公開論争をしたことがあり、その時に「良心的」医師・医療機関の視点のみから発言することの限界を感じました。

この論争で、私は、まず「不必要な長期入院の是正自体は必要」と明言し、私が1985年まで勤務していた東京都心の一般病院（代々木病院）での在院日数短縮の経験を紹介しました。その上で、日本全体でマクロに「長期入院の是正」を行うためには、個別病院のミクロな努力だけでは限界があり、MSWの配置を含めた病院のマンパワーの増員を行い、集中的な診療を行うことが不可欠であるが、それにより厚生省の思惑とは逆に入院医療費は大幅に増加する可能性がある」と指摘しました。あわせて、技官の主張のように、病院のマンパワー不足に目を向けないまま、「入退院マニュアル」や「基準看護制度の見直し」により長期入院の是正をしようとすると、患者追い出しが生じる危険があると批判しました（『長期入院の是正』のために求められるものは何か？』『病院』46（10）：852-853, 1987）。

この批判に対して、その技官は以下のように反論してきました。「二木氏は日頃良い医療機関ばかり見ているので、二木氏から見た良心的な医療機関が現在の保険制度の中で抱えている問題点を明らかにするという観点から物事を見ていると思われまます。我々は、日頃、国民より寄せられる医療機関（医療制度ではなく）に対する不平、不満、訴えばかり聞いているため、国民より悪いと指摘されている医療機関ばかり見ているので考えがひねくれているのかもしれない」（『病院のマンパワーとは』『病院』46（11）：950-951, 1987）。

これは論点をずらした反論ではありますが、私の主張の盲点についており、「一本とられた」とも感じました（と同時に、技官から私の勤務していた病院が「良い医療機関」と認められたことをうれしく思いもしました）。

そのためもあり、その後出版した『90年代の医療』（勁草書房、1990）からは、厚生省の政策を批判するだけでなく、「医師・医療機関の内部に存在する弱点や階層分化を指摘する」ようになり、さらに医療者の自己改革を強調するようになりました。

これが、私が医療者の自己改革を強調するようになった「原点」です。

## 【資料2】

『90年代の医療と診療報酬』勁草書房、1992年、119-155頁。

### II-5 九〇年代の在宅ケアを考える一何が変わるか、何を变えるべきか

#### おわりに—在宅ケアは「開業医医療の復権」をもたらすか？

活路は開業医の「自己革新」（154-155頁）

では活路はどこにあるのか？ただ一つ、開業医の「自己革新」しかない。具体的には、先述した、三つのレベルでの在宅ケアへの積極的参加である。西三郎先生（前都立大学教授）は、論文「患者の病院指向と開業医医療の復権」（『社会保険旬報』一九九一年一月二一日号）で、現状の孤立した尊大な「昔の開業医」から脱却しない限り開業医の復権はありえないと喝破されている。西先生は開業医のあり方全般を論じておられるが、私は、氏の指摘は在宅ケアについてもそのまま当てはまると考えている。逆に、開業医の「自己革新」が行なわれたとしたら、開業医医療も相当程度復権が可能になるであろう。

## 【資料3】

『世界一の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房、1994。

### 1章「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期

#### 六 公的医療費総枠拡大の国民合意のために

#### わが国医療機関経営の三つの不透明（67-68頁）

と同時に、私は、「公正さと透明性」「情報公開」は、厚生行政だけでなく、医療機関の側にも求められていることを強調したい。特に、医療機関の経営公開（少なくとも中規模以上の病院では個々の病院の経営公開）を制度化し、職員に対しても、患者・市民に対しても、ガラス張りの経営を実現しない限り、公的医療費の総枠拡大に対する「国民合意」をえることは不可能である。合わせて、わが国医療機関経営の次の三つの不透明は、早急に是正すべきである。

第一は、先述した老人病院等での多額の保険外負担の徴収。もちろんすべての保険外負担が違法なわけではないが、オムツ代等「合法的」な保険外負担に関しても、不透明な徴収や、法外な「価格付け」が少なくない。言うまでもなく、保険外負担解消のためには診療報酬の大幅引き上げが不可欠であるが、そのための条件整備のた

めにも、保険外負担の「透明化」が求められる。

第二は、一部（？）大学病院・大病院で「慣例化」している、医師等への多額の謝礼や、医師と製薬企業等との金銭的癒着。前者に関して、医師の中には、「儀礼の範囲なら問題がない」と「軽く」考えている方が少なくなる。しかし、多くの国民は、それが医師に多額の無税の収入をもたらしていると理解（誤解）しており、ひいては、医療費の総枠拡大への否定的世論の遠因にもなっているのである。

たとえば、私は、最近、ある高名な医事評論家と対談を行ったおりに、大学病院・大病院勤務医の給与水準が一九八〇年代に低下し続けた結果、現在では、一流企業の大卒サラリーマンの給与水準を下回るに至っていると、私の実証研究を基にして発言したところ、「彼らは患者から多額の謝礼をもらっている」と、一蹴された<sup>7)</sup>。

ちなみに、医師への謝礼は、日本医療にある程度通じているアメリカ人が共通してあげる、「日本医療の三悪」の一つである。残りの「二悪」は、三時間待って三分診療と、医師が膨大な薬価差益を得ているというものである（詳しくは、4章参照）。

第三は、大学病院研修医の薄給を「補填する」民間病院アルバイト先での高給<sup>7)</sup>。これに関しては、民間病院の側は「被害者」とも言えるが、不透明さであることに変わりはない。

#### 【資料4】

『介護保険と医療改革改革』勁草書房，2000。

#### II-2

幻想の医療ビッグバンと DRG/PPS—背後で拡大する「保健・医療・福祉複合体」

### おわりに—隠れた構造的変化：「保健・医療・福祉複合体」(122頁)

以上から、2000年に医療ビッグバンと DRG/PPS が実施・導入されることは100%ないこと、さらに長期に考えてもそれらの可能性はきわめて低いことは明らかである。

それだけに、今、医療関係者に求められていることは、実態のないキャッチフレーズに踊らされるのではなく、わが国の医療と医療政策の現実をリアルにみつめて、着実に自己改革を進めていくことである。[私は、自己改革

の三本柱として、①個々の医療機関の役割の明確化、②医療・経営の効率化と標準化、③他の医療・福祉施設との連携強化（ネットワーク形成）または「保健・医療・福祉複合体」化、を考えている。]「抜本改革よりも当事者による地道な改善の積み重ねのほうが…効果的である」という、池上直己氏らの主張を筆者も支持したい[13]。

最後に、浮ついた改革論の背後で、着実に進行しているわが国の保健・医療・福祉提供システムの構造的変化に触れたい。(以下略)

#### 【資料5】

『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房，2001。

序章 21世紀初頭の医療・社会保障改革—3つのシナリオとその実現可能性

### 3 公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革 (37-45頁)

先述したように、私は、第三のシナリオ（公的医療費・社会保障費用の総枠拡大、医療費のヨーロッパ水準への引き上げ）を支持している。この改革をしない限り、国民皆保険を維持しつつ医療の質を引き上げることはできないからである。

しかし、国民・患者の医療不信は強く、医療関係者が医療機関の窮状を訴えて医療費拡大の運動を行うだけで、それが実現する可能性はまったくない（国民・患者の支持を得て、患者負担の大幅引き上げを部分的に食い止めることは可能だが）。これを実現するためには、医療者側が以下に述べる自己改革をとげることが不可欠である。

#### (1) 抜本改革ではなく当事者の地道な改善の積み重ね・部分改革

自己改革の具体的提案をする前に、私がまず強調したいことは、わが国では「抜本改革よりも当事者による地道な改善の積み重ねの方が効果的」だということである。これは池上直己氏が名著『日本の医療』で初めて提起されたことである<sup>37)</sup>。

一九九七年以来、誰もが「抜本改革」の必要を語りながら、同じ言葉で、まったく別のことを考えている。こんな非生産的な議論はやめて、個々人・団体が地道な改革をした方が合理的である。そもそも、日本を含めた先

進国では、医療・社会保障制度は、国民生活に深く根ざすとともに、立場によって利害が錯綜しているため、抜本改革（ハード・ランディング、ビッグバン）は不可能であり、部分改革（ソフト・ランディング）の積み重ねのみが可能なのである。（中略）

## (2) 個々の医療機関レベルでの三つの自己改革

では、どのような自己改革が必要か？ 個々の医療機関レベルでの自己改革では、次の三つが重要である。第一は個々の医療機関の役割の明確化、第二は医療・経営両方の効率化と標準化、第三は他の医療・福祉施設との連携強化やネットワーク形成、または「保健・医療・福祉複合体」（以下「複合体」）化である。

このような医療機関の自己改革の前提として、私は、企業の病院・福祉施設経営への参入の有無にかかわらず、二一世紀の医療・福祉施設の姿は以下のように予測している。「日本全体では、医療・福祉施設の大半は、将来的にも、非営利組織（医療法人、社会福祉法人、農協・厚生連、生協、市民参加型組織等）であり続けるであろう。そして、その『主役』が…『複合体』なのである。…ただし、既存の非営利組織（特に社会福祉法人）の経営合理化・効率化は不可避になる。その過程で、一部の非営利組織（特に『複合体』）が営利企業を傘下に持ったり、営利企業との共同事業を始める可能性は大きい。」（11：23頁）。（中略）

## (3) 医療・経営情報公開の制度化

ただし、第三のシナリオを実現するためには、このような個々の医療機関レベルの改革を越えた、より大きな二つの改革も不可欠である。それらは、①医療・経営情報公開の制度化—公私を問わず、全医療機関の基本的医療情報公開と病院（少なくとも地域の基幹病院）の経営情報公開の制度化—と②専門職団体の自己規律である。この二つの改革をしない限り、国民の医療不信は解消できず、医療費の引き上げもできない、と私は考える。（以下、略）

## (4) 専門職団体の自己規律

次に、もう一つの自己改革、専門職団体（病院・施設団体も含む。以下同じ）の自己規律について述べる。

私は、上述した李啓充医師がアメリカのマネジドケアを事実に基づいて批判し続けていることに以前から注目

していたが、最新著『アメリカ医療の光と影』に非常に感銘を受けた<sup>25)</sup>。それは、李医師が、アメリカのマネジドケアを厳しく批判するだけでなく、アメリカの医師、医療団体がなぜマネジドケアに負けたかについても検討した上で、日本の医師に「アカウントビリティ（説明責任）」を果たすことを求めているからである。

実は、先述した医療経済学者のフックス教授も、李氏と瓜二つの主張をしている。それは、一九九六年の米国経済学会第一〇八回総会での会長講演「医療経済学、価値判断、そして医療改革」においてである<sup>45)</sup>。そこでフックス教授は、次のような趣旨の発言をしている。「今までのアメリカの医療政策の論争では、政府による規制と競争・市場メカニズムのどちらが優れているかの二分法的議論に明け暮れてきた。しかし、大事な第三の方法が抜けている、それは医師の専門職規範（倫理）だ。医療の社会的規制を行うためには、競争や政府による規制よりも、この専門職規範の方がはるかに重要だ。」

わが国の専門職団体は、従来、「身内」（会員医師・施設）の日常的行動には無関心で、不祥事が生じた後に、後手後手の対応に追われてきた。それどころか、一部の（？）地域医師会や病院団体は、行政や患者・市民から会員医師・施設の問題行動や不正を指摘されても、まともな調査すらせず、逆にそれを抑えてきた。

しかし、国民の医療不信を解消し、医療費総枠拡大の国民的合意を形成するためには、専門職団体が自己規律と監視を強め、会員か否かを問わず、医療者・施設が法的・社会的問題を起こすのを予防するように努めるとともに、問題・不正が明らかになった場合には、国民・患者の側に立って、それを厳しく批判・処分する事が求められる。

## 【資料6】

『医療改革と病院』 勁草書房、2004、70-89頁。

第二章 二一世紀初頭の医療改革の三つのシナリオと医療者の自己改革

## 3 公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革（70-89頁）

### (1) 抜本改革ではなく当事者の地道な改善の積み重ね・部分改革

最後に、公的医療費の総枠拡大実現のための医療者の自己改革について述べる。結論的に言えば、私は、「医療

制度の抜本改革は不可能、必要なのは医療者の自己改革と制度の部分改革」と考えている。前著では、医療者の自己改革について具体的に提案する前に、池上直己氏等の名著『日本の医療』の一節を引用しながら、抜本改革ではなく、当事者の地道な活動の積み重ね、部分改革が必要かつ現実的だと指摘した。その前提として私は、日本の医療制度の二つの柱である国民皆保険制度と民間の非営利医療機関主体の医療提供制度の根幹は変える必要がないし、変えられないと判断している。

私は、現在は、抜本改悪だけでなく抜本改善も不可能、つまり**抜本改革一般が不可能、幻想**と考えている。読者の中には、抜本改悪には反対だが、抜本改善はすべきだと思っている方も多であろうし、私自身も、かつては「抜本改善」の夢を持っていた。しかし、この数年間、国内および国外の医療改革の経験を学ぶことにより、今では、抜本改悪も抜本改善も不可能であり、部分改革（部分改善または部分改悪）の積み重ねしかないと判断するに至っている。以下、その理由を簡単に述べる<sup>16)</sup>。

**抜本改革一般が不可能な理由—国内的・国際的経験（略）厚生労働省も二〇〇一年三月以降「抜本改革」とは言わなくなった（略）**

## (2) 個々の医療機関レベルでの三つの自己改革

次に、第三のシナリオ（公的医療費の総枠拡大）実現のための医療者の自己改革と制度の部分改革について、私の価値判断とその根拠を述べる。私は、個々の医療機関レベルでの自己改革と、個々の医療機関の枠を超えたより大きな改革とに区別して、改革を提起している。

ここで私がもっとも強調したいことは、個々の医療機関レベルでの自己改革である。一般には、「改革」というと、厚生労働省がまず方針を示し、医療団体・医療関係者がそれに反対あるいは対応するというイメージで語られることが多い。しかし、私はそのような立論は誤りで、今もっとも求められているのは、医療者自身がどのように自己改革を進めるかであり、これが医療改革の中核を占めると考えている。

前著でも書いたように、個々の医療機関レベルの自己改革としては、①個々の医療機関の役割の明確化、②医療・経営両方の効率化と標準化、③他の保健・医療・福祉施設とのネットワーク形成または保健・医療・福祉複合体（以下、「複合体」）化の三つが必要である。

**個々の医療機関の役割の明確化—ただし単一モデルはなく「地域差」は継続**

まず、①個々の医療機関の役割の明確化について述べる。私は、一九八五年に出版した『医療経済学』以来二〇年間、「患者の立場にたった病院の機能別再編成、在院日数の短縮」を主張している<sup>20)</sup>。特に医療法第四次改正後は、個々の医療機関の役割の明確化は、もはや待ったなしとなっている。

ただし、ここで注意を喚起したいことは、全国・全病院に適用できる単一モデルはないことである。この点は、③他の保健・医療・福祉施設とのネットワーク形成または「複合体」化についても同じである。

私は、「複合体」研究のために、北は北海道から南は沖縄県まで、全国の医療・福祉施設を一〇〇グループ以上見学したのだが、そのたびに痛感することは、「日本は広い」、「日本は一つではない」ことである。法制度上は全国同一である医療・福祉施設の展開形態は地域、施設により相当異なるのである。

しかし、東京を中心・起点にして考えがちな官僚や研究者にはこのことを理解していない方が非常に多い。これは医療に限らないが、東京在住者の中には、東京の現在が五年後、一〇年後の日本と考えている方が少なくないが、それは誤りである。アメリカに有名なジョークがある。「ニューヨークはアメリカではない。しかし、ニューヨークのないアメリカはない」。同じことが東京にも言える。「東京は日本ではない。しかし、東京のない日本はない」と。

一般に医療の「地域差」は否定的な意味で用いられることが多い。しかし、「地域差」には、先進・後進の「地域間格差（優劣）」だけでなく、それぞれの地域の文化・伝統、住民の生活様式・生活意識の違いに根ざしており、単純に優劣はつけられない地域差も含まれる。後者の意味での地域差が二一世紀にも継続することは確実である。そのために、東京、ましてや霞ヶ関（官庁）の経験・発想を普遍化することはできないのである<sup>21)</sup>。

## 療養病床の一部は亜急性期病床

この点を、一般病床と療養病床との「ケアミックス」について述べたい。

私は、前著では、ケアミックスについて次のように書いた。「医療法第四次改正により、今後、大都市部の中小病院では、一般病棟と慢性病棟（療養病棟）との混合方

式（ケアミックス）は事実上不可能になる。それに対して、病院数が限られている農村部では、中小病院・大病院とも『ケアミックス』は、今後とも重要な選択肢であり続ける。」(39頁) これは、当時強まっていた「ケアミックス」否定論を念頭に置いて書いた一文である。

しかし、私はその後、**大都市部でも、療養病床を「亜急性期病床」として用いる、一般病床と療養病床との「ケアミックス」はありうると考えるようになった。**なぜなら、**現実の療養病床の一部は、慢性期病床だけではなく、亜急性期病床として機能しているからである。**

療養病床は、医療法で「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床」と規定されている慢性期病床であるし、現実にも、「療養型病床群」の全国平均在院日数は一七二日(二〇〇〇年)＝約六カ月に達している。他面、大都市部の急性期病床主体のケアミックス型病院には療養病床の平均在院日数が二カ月前後なところが少なくない。私が知る限り、ケアミックス型病院の療養病床で平均在院日数が一番短いのは、大阪市の牧病院の二九日である(『フェイズ3』二〇〇二年一月号)。

前著を執筆した時点では、このように亜急性期病床の機能を果たしている療養病床の存在に気づかず、慢性病棟と療養病床を同一視して、上記のように「慢性病棟(療養病棟)」と書いてしまった。私の記述の不備を指摘していただいた鈴木篤医師(現東京民医連会長)に感謝する(『東京民医連(新聞)』八二四号、二〇〇二)。

**政令指定都市と東京都区部のケアミックス型一般病院(略)**

**外来分離への規制強化は必至(略)**

**「複合体」の三つの新しい展開形態**

個々の医療機関レベルの自己改革の②医療・経営両方の効率化と標準化については前著(39頁)に譲り、③他の保健・医療・福祉施設とのネットワーク形成または「複合体」化について、述べたい。

今後、ごく一部の専門病院・診療所を除けば、病院・診療所が他の保健・医療・福祉施設から孤立して存在することは不可能になり、「複合体」化するか、他の保健・医療・福祉施設とネットワーク形成(連携強化)するかを選択を迫られる。「複合体」とネットワークには一長一短があるが、介護保険制度下では「複合体」の方が圧倒的に有利である。ただし、一部の地域を除けば、「複合

体」とネットワークとは対立物ではなく、連続している。これらについて詳しくは、**補論**で述べる。

まだ数値では示せないが、私のフィールド調査によれば、最近の「複合体」には次の三つの新しい展開形態がある。第一は、診療所や中小病院が、訪問看護ステーションやホームヘルパー・ステーション、通所リハビリテーション施設等の在宅・通所ケア施設を併設する「ミニ複合体」化である。これは、土地の制約が大きく入所施設の開設が困難な大都市部を中心に急速に増加している。第二は、予防分野への進出である。今までの「複合体」は大半が、福祉分野への進出であったが、「健康日本21」を受けて、予防分野に進出する「複合体」が増えている。予防サービスには、全額自費という魅力があり、しかも将来の「顧客」を確保するというメリットもあるからである。第三は大手「複合体」が進めている「企業化」である。数の上で多いのは系列の子会社(いわゆるMS法人)による事業展開であるが、手腕のある「複合体」は大企業と対等の共同事業も始めている。

**「2015年の高齢者介護」は「複合体」へのさらなる追い風に**

「複合体」の今後の展開や医療機関の「複合体」化について検討する場合、見落としてならないのは、厚生労働省の高齢者介護研究会が昨年六月に発表した「2015年の高齢者介護(高齢者介護研究会報告書。以下、報告書)」である<sup>2)</sup>。

この報告書の最大の特徴は、介護保険制度の基本理念を従来の「自立支援」から「**尊厳(を支えるケア)**」に大きく転換したことである。驚くべきことに、報告書の目次にはどこにも「自立支援」がない(ただし、本文では「尊厳」と「自立支援」が併存している)。これは、介護保険の出発点となった「**高齢者介護・自立支援システム研究会報告**」(一九九四年一二月)が、「今後の高齢者介護の基本理念は…『**高齢者の自立支援**』」と高らかに宣言していたのと比べると大転換と言える。「自立」の概念をいくら拡張しても、報告書が重視している痴呆高齢者ケアやターミナルケアを「自立支援」と呼ぶのは無理があることを考えると、この転換は妥当と言える。

このような理念の転換を受けて、報告書は今後の新しい施策として、「**生活の継続性を維持するための、新しいサービス体系**」(特に「**自宅、施設以外の新たな『住まい方』の実現**」と「**地域包括ケアシステムの確立**」)および

「新しいケアモデルの確立—痴呆性高齢者ケア」を提起している。「自宅、施設以外の新たな『住まい方』」は「第三類型」とも呼ばれているが、これは従来の「在宅重視（偏重）」からの転換と言える。

これを実現するために、「在宅の介護サービスと在宅の医療サービスを適切に組合せて、施設と同様に安心感の継続できる環境を整備していくこと」、「切れ目のないサービスを一体的・複合的に提供できる拠点」づくり、施設サービスまで視野に入れながら「必要なサービスが切れ目なく提供できる体制を実現していく」ことが提起されている。

ここで注目すべきことは、これらの「新しいサービス体系」は、「複合体」の新しい展開を促進することである。そもそもこれらは、先進的「複合体」が既に取り組んでいることであり、それを公式に認知したとも言える。

もちろん理論的には、これらのサービスの提供は独立した施設間のネットワークによっても可能だが、「複合体」の方が圧倒的に有利なことは間違いない。ただし、「複合体」には大規模グループだけでなく、医療的ケアと在宅・通所サービスだけを提供している「ミニ複合体」も含まれる。

私は、介護保険が開始される前から、それが「複合体」への強い追い風になると予測し、その後の事態は私の予測通りに進んだ<sup>23)24)</sup>。この報告書は、「複合体」への第二の追い風になる可能性が大きい。

### (3) 個々の医療機関の枠を超えた、より大きな三つの改革

次に、個々の医療機関の枠を超えた、より大きな三つの改革について述べる。それらは、①医療・経営情報公開の制度化、②医療法人制度改革、③専門職団体の自己規律の強化である。なお、前著では①と③の二つを提起したが、今回、新たに②を追加した。

#### 医療・経営情報公開の制度化

まず、情報公開の制度化について、私は医療情報公開の制度化と経営情報公開の制度化は区別している。

医療情報公開の制度化は、診療所を含めた全医療機関を対象にすべきである。カルテ開示の法制化は当然である。この点に関して、昨年六月にまとめられた厚生労働省の「診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会報告書」（大道久座長）で、日本医師会の反対（少数意

見）により、またもやカルテ開示の法制化が見送られたことは残念である。

それに対して、経営情報公開の制度化は病院、当面は地域の公私の基幹病院に限定すべきだと考えている。経営学的には「零細企業」とも言える個々の診療所の経営情報の公開はする必要がないし、誰も要求しない。そして、基幹病院の経営情報公開の制度化と医療法人の持ち分の放棄または制限（出資額限度法人化）を条件にして、病院のキャピタルコスト（資本費用）に対する公費投入をすべきである。診療報酬のみで、特に東京・大阪等の大都市部の病院の資本費用はとても回収できず、それに別枠で公費を投入する必要があるからである。前著では、この「必須条件」として「経営情報公開の制度化」のみを書いたが、その後の検討で、「医療法人の持ち分の放棄または制限」も合わせて必要だと判断した。

経営情報公開の制度化については、医師会・病院団体でもまだまだ反対意見が多いが、私は中長期的には、医療情報公開の制度化に続いて実現すると予測している。

#### 医療の非営利性・公共性を高めるための医療法人制度改革

次に、私は、医療の非営利性・公共性を高めるための医療法人制度改革が必要だと考える。具体的には、少なくとも地域の基幹病院となっているような大規模医療法人は、長期的には出資者持ち分を放棄して、財団法人化、特定・特別医療法人化すべきである。それ以外の医療法人（社団法人）も、最低限、社団が解散した場合の残余財産の分配は払込済出資額を限度とする「出資額限度法人」化すべきである。そして、このような非営利性の強化に対応して、財団法人、特定・特別法人、および出資額限度法人の税負担を大幅に軽減すべきである。

この点に関しては、病院団体（会長）と日本医師会の最近の次の二つの動きが注目に値する。第一は、日本医療法人協会が二〇〇二年四月に決定した「社団医療法人における出資額限度法人の制度化（類型化）」の方針が、短期間に四病院団体協議会（四病協）の方針として合意されただけでなく、日本医師会もそれを支持したことである。二〇〇二年六月に四病協は厚生労働省に要望書を提出し、日本医師会も同月その制度化を含んだ「平成一五年度医療に関する税制改正要望」をまとめた（『日本醫事新報』四〇八一・四〇七八号、二〇〇二）。

第二は、豊田堯日本医療法人協会会長が、第八回「こ

れからの医業経営の在り方に関する検討会」(二〇〇二年一〇月)の「提出資料」で、以下のような医療法人制度の包括的改革提案を行ったことである。「今後は医療法人を、①きわめて公益性の高いもの、②それに準ずるもの、及び③一般の医療法人に類別していく…①には特別医療法人と特定医療法人を、②の『準ずるもの』として出資額限度法人(社員の払戻請求権を出資額にのみ制限した定款を有する社団医療法人)を配置すべき」。

私は、最低限、出資額限度法人を早急に制度化しない限り、総合規制改革会議等による、出資持ち分のある医療法人は営利法人と変わらないとの主張を最大の論拠とした、株式会社の病院経営参入論に対抗できないし、医療ジャーナリズムの病院不信も払拭できないと考えている。

第一章で紹介したように、厚生労働省が設置した「これからの医業経営の在り方に関する検討会最終報告書(田中滋座長)」は、医療機関の「非営利性・公益性の徹底による国民の信頼の確保」と、「効率性、透明性、安定性といった諸要素を高める」ことの両方を提起した。さらに、これを受けて、昨年一〇月に発足した「医業経営の非営利性等に関する検討会」(田中滋座長)では、出資額限度法人の制度化等の検討が公式に始まっている。私はこれらの動きを歓迎し、それが加速することを期待している。

### 持ち分放棄を条件にした公的助成の諸提案

この点で最も明快な主張をしているのは、「経営の実態把握とその対応策について報告書」(主任研究総括者田中滋氏。二〇〇〇年)である。それは、「わが国における多くの病院のように個人財産的色彩が強く、情報公開がなされぬまま、公の債務保証や、…寄付に対する免税といった公的支援が民間病院に対して行われることは、国民の合意を得にくい」と断言した上で、次のように提言している<sup>24)</sup>。「公的支援を求める病院には持ち分放棄を求め、その代わり税法上の扱いを公益法人並みにし、持ち分を維持したい病院の場合には公的支援を与えないといった、病院側の選択肢の付与が今後は必要であろう」。なお、この研究のために行われたヒアリング調査(三〇病院)では、持ち分を放棄してでも、地域医療を豊かにするために当該病院の存続を望む声が多かったとのことである。

池上直己氏も、昨年、「持ち分のない医療法人の病院に

対しては、国公立病院と同じ条件で補助金交付の対象とする必要がある」と提案している<sup>25)</sup>。岡部陽二氏も、病院経営への株式会社参入を支持する一方、既存の病院の「組織としての非営利性の法的確立が不可欠」だとして、その第一に「出資者持ち分の放棄」をあげ、その「代償として、原則非課税、個人の寄付限度額撤廃などの措置」を取ることを提案している<sup>26)</sup>。

### 専門職団体の自己規律

三番目の大きな改革は、専門職団体の自己規律の強化である。わが国の専門職団体(医師会や病院団体)は、アメリカやヨーロッパ諸国の専門職団体に比べて非常に自己規律が弱いので、それを強める必要がある。私の印象では、専門職団体の自己規律の仕組みは、国際的にみると、アメリカ型とヨーロッパ型、それと非常にルーズな日本型の三つに分かれる。

アメリカ型は、任意加盟の医師会の道義的強制力が非常に強いのが特徴で、それに加えて、各州の医師免許委員会(メディカル・ライセンシング・ボード)が、強力な医師の懲罰権・懲戒権を持っている。しかもこの委員会には、医師だけでなく、市民も参加している。このような開かれた医師免許委員会が、医師に免許を付与するだけではなく、問題のある医師の懲罰、免許の取り上げを強力に行っている(州医師免許委員会連合のホームページ。http://www.fsmb.org)。医師免許委員会の権限の強さは、厚生労働省の医道審議会とは比較にならない。そのためもあり、アメリカの医師の被懲戒者率(千人率)は五・八人という高さである(わが国は〇・一人)<sup>27)</sup>。

なお、私は、二〇〇二年に『世界』誌の座談会で、アメリカの州医師免許委員会が医師の懲罰権を保有していることに触れないまま、医師会の道義的強制力だけを強調した<sup>28)</sup>。これは不正確であり、訂正する。

それに対して、ヨーロッパの各国には、いわばギルドと言える任意加盟の医師会とは別に、強制加盟で法的拘束力を持つ医師組織がある。これは日本の弁護士会型で、後者の医師組織から除名された途端に診療ができなくなる。

最近、日本でも「弁護士法をモデルに医師法を改正し、強制加入の医師身分団体を組織する」ことが提案されている<sup>29)</sup>。しかし、日本医師会は、第二次大戦中、政府によって強制加入化され、それが軍事政権の下部組織になった結果、戦後、アメリカ占領軍の指示で解体され、



任意加盟団体として再出発したという歴史的経緯がある。そのために、私はヨーロッパ型への改革は、短期的には現実性がなく、むしろアメリカ型に、任意加盟の医師会の道義的強制力を強め、それに加えて医道審議会を強力な懲罰権を持った市民参加の委員会に改組するほうが合理的ではないかと考えている。ただし、この点はま

だ勉強の段階で、あくまでも問題提起である。

なお、諸外国（ドイツ・アメリカ・フランス・イギリス）の「医師の職業倫理」については、『日本醫事新報』の特集と日本医師会『医の倫理』が大変参考になる<sup>27)29)</sup>。ただし、両者ともアメリカについての報告（木村利人氏）は、なぜか医師免許委員会にほとんど触れていない。