

## 日本における21世紀初頭の医療改革の3つのシナリオ

### Three scenarios of Japan's health care reform in the early 21st century

二木 立（にき・りゅう）

日本福祉大学教授・大学院委員長・21世紀COEプログラム拠点リーダー

#### はじめに—小泉政権の医療改革の2つの側面

1. 医療・社会保障制度改革の3つのシナリオ
2. 3つのシナリオ説の留意点
3. 2001年「骨太の方針」中の新自由主義的医療改革とその帰結  
おわりに—よりよい医療制度をめざした私の改革提案

#### はじめに—小泉政権の医療政策の2つの側面

2001年4月に成立した小泉政権の医療政策には新旧2つの側面がある。1つは伝統的な医療費抑制・患者負担の拡大政策であり、もう1つは従来の医療政策とは異質な、医療分野にも市場原理を導入しようとする新自由主義的政策である。

小泉政権の5年間の医療改革では、前者が強力に押し進められた。具体的には、2002年の医療保険制度改革により健康保険本人の患者負担の20%から30%への引き上げと高齢患者の10%負担の徹底（一定以上所得者は20%）が実施されるとともに、医療機関に支払われる診療報酬は3回連続引き下げられた（2002、2004、2006年）。その結果、日本は現在では、医療費水準（総医療費のGDP対比）が主要先進国（G7）中最低でありながら、総医療費中の患者負担割合は逆にG7中最も高い国になっている（この点については後述する）。

後者の新自由主義的医療改革についても、内閣府や内閣府傘下の経済財政諮問会議（民間議員）、規制改革・民間開放推進会議等は、この5年間、以下の3つを柱とする改革の実施を、執拗に試みてきた【補注1】：①株式会社の医療機関経営の解禁、②混合診療の全面解禁（保険診療と自由診療との自由な組み合わせ）、③医療機関と保険者との直接契約。

小泉政権が成立した直後には、（左派系）研究者や医療団体の多くは、小泉政権の医療改革全体を新自由主義的改革と位置づけ、今後それが一気に進むと予測していた。しかし、現実には逆で、新自由主義的改革には、医師会や医療団体だけでなく、厚生労働省も頑強に抵抗し続けた結果、その全面実施は頓挫している。この5年間で、上記3つの新自由主義的改革についてはいずれも政治的妥協が成立し、制度上は部分的に認められたが、現実にはその実効性はごく限られたものになっている（この点については後述する）。

私は、このような複雑な医療改革の流れを総合的に把握し、今後の医療改革の方向を正確に予測するとともに、今後めざすべき「よりよい医療制度」について考えるためには、私が2000年以来提唱している、「医療・社会保障改革の3つのシナリオ」という分析枠組みが不

可欠であると考えている。本報告では、2001年と2004年に出版した2冊の私の著作をベースにして、これの概略を紹介したい[1:序章,2:第Ⅱ章]。2005年以降に実施された個々の政策の評価や将来予測については、最近発表した私の論文で詳しく検討しているので、それらを参照されたい[3-5]。

## 1. 医療・社会保障改革の3つのシナリオ

私は、1990年代末～20世紀初頭の医療・社会保障改革には、次の3つのシナリオ（選択肢・潮流）があると考えている。これは、日本の現実の医療・社会保障政策の分析に基づいて、いわば帰納法的に導き出したものである。なお、私は、この3つのシナリオ説は、社会保障制度全般（医療・介護・年金制度だけでなく、雇用保険・労働衛生、社会福祉・生活保護等を含む）の改革の分析枠組みとして用いることができると考えているが、本報告では医療改革に分析対象を限定する【補注2】。

### (1) 第1のシナリオ—新自由主義的改革

第1のシナリオは、アメリカ型の新自由主義的改革、つまり市場原理・市場メカニズムを万能視し、医療・社会保障もそれに基づいて改革すべきという主張である。これは、内閣府の経済財政諮問会議（民間議員）や規制改革・民間開放推進会議、財界や経済官庁の一部、および「外圧」＝アメリカが押し進めようとしている改革である。「金融ビッグバン」の医療版という意味で、「ビッグバン・アプローチ」と呼ばれることもある。

これには3つの柱がある。第1は国民皆保険・皆年金制度を究極的には解体し、民間保険中心の制度（マネジドケア。管理医療）に切りかえる。第2は、社会保障費用の総枠を抑制した上で、財源は保険料よりもむしろ消費税主体にして、大企業の負担を大幅に軽減する。第3は、株式会社による医療・福祉施設経営の自由化である。

このシナリオが医療・社会保障分野に公式に登場したのは、1999年2月の経済戦略会議「最終答申」が最初である（経済戦略会議は内閣総理大臣の諮問機関で、現在の経済財政諮問会議の前身）。この答申の「持続可能で安心できる社会保障システム」、特に「医療・介護改革」には、上記3つの柱のすべてが直接・間接に書かれていた。もっとも注目すべきなのは「日本版マネジドケア」の導入であり、中谷巖（なかたに・いわお）議長代理はこれの真意が「無保険者が発生する」ことを「承知して」、国民皆保険制度を解体し、「政府は落ちてくる人をネットで拾う〔生活保護制度で救済する—二木〕、それ以外は民間〔マネジドケア保険—二木〕に任せて競争原理を活用する」ことであると明言していた（〔 〕は二木の補足。以下同じ）。

ただし、この「最終答申」は厚生労働省によって完全に店ざらしにされた。2001年6月に小泉政権により閣議決定された経済財政諮問会議「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」（略称「骨太の方針」。方針の骨組みがしっかりしているとの自画自賛の表現。以下、この略称を用いる）の医療制度改革案は、部分的にはこの「最終答申」の復活と言えるが、個々の改革案は相当薄まっており、特に国民皆保険制度解体を意味する「日本版マネジドケア」は消失していた【補注3】。

### (2) 第2のシナリオ—医療・社会保障制度の部分的公私2階建て化

第2のシナリオは、厚生労働省が90年代中葉から21世紀初頭にかけて進めようとしている改革で、第1のシナリオのように現行の医療・社会保障制度の解体ではなく、それを公私2階建て制度(2段階制度。two-tier system)に再編成しようとするものである。つまり国民皆保険・皆年金制度の大枠(第1段階。家に例えれば1階部分)は維持しつつ、公的費用抑制を継続し、公的な1階部分を越える2階部分(第2段階)は全額私費負担(患者負担または民間保険給付)にし、しかもこの2階部分を公認・育成するというシナリオである。ただし、第2のシナリオで目指されているのは、全面的な公私2階建て化ではなく、部分的・限定的な2階建て化である。このシナリオは、1980年代~1990年代前半の単純な医療費抑制政策とは異なっている【補注4】。

厳密に言えば、この新しいシナリオの萌芽(公私2階建て制度の公式提案)が生じたのは、1980年代であった(例えば、1983年の林厚生大臣「今後の医療政策」や1987年に発表された厚生省国民医療総合対策本部「中間報告」)[6]。しかし、それが本格的に制度化され始めたのは、1994年の診療報酬改定と健康保険法改正により、それぞれ差額ベッド代(患者が個室や2人部屋等に入院した時に支払う部屋代差額)徴収条件の大幅緩和、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が行われたときであった。私は、1980年代~90年代前半の「第1次保険・医療改革」(これは厚生省の正式呼称)と対比させて、これらの改革を「第2次保険・医療改革」のはじまりと位置づけた[7:p96]。

### 厚生労働省「21世紀の医療保険制度」

厚生労働省の描く第2のシナリオの全体像が初めて明らかにされたのは、1997年8月に発表された「21世紀の医療保険制度(厚生省案)」であった。この改革案は小泉厚生大臣(当時)の全面的バックアップで作成され、次の3種類の患者負担増を正面から打ち出した。第1は法定負担の大幅引き上げ、具体的には「(非高齢者については)30%程度…大病院の外来は50%程度…高齢者については10%または20%程度の定率患者負担」である。第2は、保険給付範囲の縮小と一体の保険外負担の拡大であり、具体的には医師・歯科医師の技術料と施設利用料の(部分的)自由化の2つが示された。第3は「日本型参照価格制度」で、これは「医薬品のグループごとに市場の実勢価格を基本に医療保険から償還する基準額を定め」、それを超える額は全額患者負担とする改革である。第1は伝統的な患者負担の拡大だが、第2・第3は混合診療の部分的導入を意味していた。その後、第1の患者負担増は、大病院の外来の患者負担50%化を除けば、実施されたが、第2・第3の負担増は撤回または棚上げされている。

### 厚生労働省が部分的2階建てシナリオを選択した理由

ここで視点を変えて、厚生労働省が、部分的公私2階建てシナリオを選択した理由を考えたい[7:p138]。私は、厚生労働省が、医療費(特に公的医療費)抑制という「国是」に従って、1980年代以降厳しい医療費抑制政策を継続した結果、医療の質が低下し、患者の不満が高まったため、中・高所得層対象の全額自己負担の2階部分の育成に転換したと判断している。さらにその背景として、1990年代から日本社会にも「満足の文化」(ガルブレイス)が広まり、国民の多数派を占める中・高所得層の低所得層に配慮する心情や社会連帯感が弱まった結果、増税・社会保険料の引き上げを財源とする医療保障の拡充が困難になったことが

あると考えられる。

実は厚生労働幹部の中にも、本心では、医療の質を引き上げるためには公的医療費の拡大が必要と認識してはいる方が少なくない。しかし、彼らも、毎年の予算編成時には財務省が設定する「シーリング（対前年度伸び率の上限）」に従うことが絶対的に求められるため、不本意ながらも、国庫負担の削減を柱とした公的医療費抑制政策を継続しなければならない。他面、日本社会の安定性・統合性の破壊をもたらす国民皆保険制度の解体や全面的公私2階建て化（第1のシナリオ）には頑強に抵抗するのである。

言うまでもなく、もしこのシナリオが全面的に実現すると、患者の自己負担は大幅に増えるが、それを支払える中・高所得層が受ける医療サービスの質も向上するために、この改革には中・高所得層のニーズに応える側面もある。他面、私費負担ができない低所得層にとっては、この改革は改悪以外の何ものでもなく、受診機会の抑制と医療サービスの質の低下を招くことになる。

### **介護保険制度は医療保険改革の実験**

今後の医療保険制度改革を考える上で、非常に参考になるのが2000年度に創設された介護保険制度である。私は、介護保険制度は医療・社会保障の公私2階建て制度への再編成の第一歩、実験と位置付けている。

介護保険制度は、在宅ケアに関しては支給限度額が決まっており、それ以上は全額自己負担になるが、医療保険制度と違い、全額自己負担のサービス利用（「混合介護」）が合法化されているだけでなく奨励されている。この点で、同じ「保険制度」と言っても、医療保険制度とは全く異なる。そして、厚生労働省は、介護保険で公私2階建て化が成功したら、それを医療保険制度にも導入しようとしている。この意味で、介護保険制度は医療保険制度改革の「実験」と言えるのである。

ただし、介護保険制度開始後の現実を見ると、介護サービスの利用率（支給限度額に対する割合）は全国平均で約40%にとどまり、支給限度額を超える全額自己負担のサービス利用もごく一部にすぎず、公私2階建て化はほとんど進んでいない。例えば、厚生労働省資料によると、介護保険サービスを受けている在宅の要介護・要支援者のうち、「支給限度額を超える利用者の割合」は、介護保険制度開始後常に2%強にとどまっている。

### **(3)第3のシナリオ—公的医療費・社会保障費用の総枠拡大**

第3のシナリオは、公的医療費・社会保障費用の総枠拡大、せめてヨーロッパ並みの医療費水準にするという改革案で、これは、日本医師会を含めた多くの医療団体・医療関係者が主張している。なお、医師・病院経営者の中には、第1のシナリオまたは第2のシナリオの支持者が少数存在するが、それを公式に主張している有力な医療団体は存在しない。

私自身もこのシナリオを支持し、1994年に出版した『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』[7]以来、これを実現するための医療・介護保険制度改革を主張・提案し続けている。

日本の現在の医療制度改革の議論では、医療費抑制政策の強化を当然の前提として、高齢者医療制度改革を中心とした医療保険制度改革に議論が集中している。しかし、制度改革のみで医療の質を向上することは不可能である。私は重要なのは制度改革ではなく、公的医

療費総枠の拡大であると考えている。

## 2. 3つのシナリオ説の留意点

次に、この3つのシナリオ説の留意点を3点述べる。

### (1)1980年～1990年代前半までは2つのシナリオ

まず強調したいことは、1980年代～1990年代前半までと1990年代末以降とでは、医療・社会保障改革のシナリオの数が違うことである。

医療分野を例にとると、1990年代前半までは、厚生省が進める医療改革（医療費抑制政策）とそれに反対して国民医療を拡充する改革の2つのシナリオしかなかった。当時は、経済界や経済官庁は、少なくとも表向きは、厚生省の医療政策に同調していた。そのために、上述した私の著作[7]でも、この2つのシナリオという視点から、厚生省の「世界一」厳しい医療費抑制政策を批判して、それへの対案（公的医療費の総枠拡大のための制度改革）を示した。

しかし1990年代末以降は、医療・社会保障分野への市場原理導入を主張する勢力が、新たに有力な潮流として登場してきた。そのために、医療・社会保障改革のシナリオはそれまでの2つから3つに増えている。このシナリオは歴史的には3番目のシナリオだが、私は、この新しいシナリオに注意を喚起するために、敢えて「第1のシナリオ」と呼んでいる。

### 1990年代末から第1のシナリオが台頭してきた3つの理由

では、1990年代末から第1のシナリオが台頭してきたのはなぜであろうか？私は次の3つの理由があると考えている。

1番目は、日本の大企業と経済官庁が、経済不況からの脱出口の1つとして医療・福祉分野を21世紀の成長産業の1つと見なし、それへの参入を渴望していることである。このためには、医療機関の非営利原則をどうしても崩さなければならない。

2番目は、経済・企業活動の国際化（グローバル化）とアメリカ経済の一人勝ちにより、アメリカ流の市場原理が経済分野で世界標準と見なされるようになり、この流れが医療・福祉分野にも波及してきたことである。ただし、2001年12月以降、エンロンやワールドコムなどの超優良企業が粉飾決算や不正取引の発覚を契機にして次々倒産してからは、アメリカ型の企業統治、ひいてはアメリカ流の市場原理への信頼が低下していることも見落とせない。

この2つは多くの方が指摘しているが、私はもう1つ強調すべき第3の要因があると思っている。それは、1996年に発生した厚生省の2大スキャンダルである。まずこの年の春に、菅直人（かん・なおと）厚生大臣（当時）のイニシアチブで薬害エイズ裁判での厚生省の組織的証拠隠しが暴露され、医系技官（医師資格を持つエリート官僚）がいかに犯罪的役割を果たしたかが明らかになった。次に同年末には、岡光・彩（おかみつ・あや）グループの「福祉汚職」事件で、厚生省の事務次官が退職直後に逮捕されるという大変なスキャンダルが起きた。この2大スキャンダルで、厚生省を指導していたエリート官僚（キャリア事務官と医系技官）が受けたダメージは非常に大きく、その影響は今でも続いている。そのために厚生省の政策立案・実施能力が大幅に弱体化した間隙を縫って、第1のシナリオが登場した、と言える。歴史にIfは許されないが、もし第1と第2の理由だけであつたら、新自由主義的医療改革の潮流が今のように強くなることはなかった、と私は想像している。

## (2)第1・第2のシナリオを混同しない

第2に強調したいことは、第1のシナリオと第2のシナリオを混同しないことである。

医療関係者や医療団体、(左派系)研究者の中には、政府・体制内での医療・社会保障改革の基本路線にかかわる対立・論争を無視あるいは軽視して、伝統的な「2つのシナリオ」説に固執し、政府・厚生労働省が一体となって、医療・福祉分野に市場メカニズムを導入する新自由主義的改革を進めようとしていると主張している方が少なくない。例えば、「厚生省内部でも新自由主義派が21世紀戦略の主流を握りつつある」(二宮厚美氏)との主張である[補注5]。

しかし、これは事実誤認であり、厚生労働省は第1のシナリオに反対しており、この点に限っては、第3のシナリオとも共通点がある。

実は私自身も1990年代の半ばまでは、体制内に部分的な矛盾はあるとしても、大局では一致しており、一枚岩であるとイメージしていた。しかし、1990年代末以降、現実の医療・社会保障政策の変化を分析する過程で、少なくとも医療や社会保障改革に関しては、体制内のシナリオが2つに分裂していると考えられるようになった。

もちろん、厚生労働省も一枚岩ではなく、中には新自由主義を信奉する官僚もいないわけではないが、省全体としては国民皆保険・皆年金制度の大枠(1階部分)を維持する点では一致団結している。ただし、2階部分(私費部分)の比重をどの程度にするかについての意見の違いは残っているし、個人的には第3のシナリオを支持する官僚も少数だが存在する。公平に見て、厚生労働省には、財務省や経済産業省等の経済官庁に比べ、幹部クラスを含めて真面目で良心的な官僚が少なくない。

ここで誤解のないようにしてほしいが、私は厚生労働省を礼賛しているのではない。なにより私は、社会保障制度の公私2階建て化には反対である。また、第1のシナリオと第2のシナリオは、「(公的)医療費総額の伸びの抑制」という点では共通している。さらに、厚生労働省が自己の権限を温存する「組織(官僚)の論理」に基づいて、第1のシナリオに反対している側面があることも見落とせない。第1のシナリオにより社会保障制度が社会保険中心から消費税中心に変われば、厚生労働省の独自財源は大幅に縮小し、現在保持している権限や退職官僚の「天下り先」(有利な条件での再就職先)を失うからである。

しかし、理由はともあれ、厚生労働省が市場メカニズムに基づく改革を目指していないという事実は正確に理解する必要がある。

### 第1・第2のシナリオを混同すると2つの実害

第1のシナリオと第2のシナリオを区別することは、決して机上の空論ではない。両者を混同すると、理論面と実践面で2つの実害がある。

まず理論面は極めて単純で、将来予測を誤る。2001年6月に経済財政諮問会議「骨太の方針」が閣議決定された直後に、その「医療制度の改革」方針の中心部分が実現しないと正確に予測したのは私だけである。それ以外の方は、賛成の方はもちろん反対の方も実現すると思こんでいた。

次に実践面では、新自由主義的改革に反対する運動の幅を狭くする。特に、新自由主義的改革か否かの焦点になっている株式会社による病院経営の解禁や混合診療の全面解禁に対

しては、厚生労働省は本気で反対しているため、この点に関しては、私はむしろ彼らを応援すべきだと考えている。そこまでいかなくても、厚生労働省が第1のシナリオに屈服しないような建設的批判が必要である。

### (3)3つのシナリオ説とエスピン・アンデルセンの福祉国家類型論との関連

第3に、私の3つのシナリオ説とエスピン・アンデルセンの福祉国家類型論との関係について説明する。結論的に言えば、私は彼の類型論そのものの意義はある程度認めているが、医療（政策）の国際比較には全く使えないと思っている。

上述したように、私の3つのシナリオ説は日本の現実の医療・社会保障政策の分析に基づいて、いわば帰納法的に導き出したものだが、結果的にエスピン・アンデルセンの『福祉資本主義の3つの世界』説[8]に、一見類似している。具体的には、私の第1、第2、第3のシナリオは、それぞれ、彼の自由主義レジーム、保守主義レジーム、社会民主主義レジームに、ほぼ対応する。ちなみに、彼も新著『ポスト工業経済の社会的基礎』[9]で、日本を3つの「福祉レジーム属性の混合」・「雑種」と、暫定的に評価している。

私はエスピン・アンデルセンの福祉国家類型論を2つの点で評価している。第1は福祉国家の収斂説を否定し、3つの類型を同等に扱ったこと。第2は、膨大な実証研究により、1970年代以降も福祉国家、福祉レジームが安定していることを立証したことである。これにより、日本の2つのシナリオ論者の多くが主張している、福祉国家の解体・衰退論が否定されたと言える。

ただし、3つの福祉レジームに特定の国々を当てはめる彼の福祉国家類型論は、医療政策の国際比較にはまったく役立たないとも考えている。これは、私に限らず、医療政策の国際比較研究を行っている研究者の共通認識である。例えば尾形裕也（おがた・ひろや）氏は、エスピン・アンデルセンの福祉国家「類型論は、現代の福祉国家について包括的な見取り図を示すという意味では、きわめて有益かつ刺激的な試みである」と高く評価しつつも、その「類型論が現実から最も乖離していると思われるのは、実は医療制度に関する部分についてである」と批判している[10]。

実はエスピン・アンデルセン自身も、近著『ポスト工業経済の社会的基礎』[9]で、次のように、そのことを事実上認めている。第1に「自由主義レジーム」が完全に当てはまるのはアメリカだけ。第2に医療保障に関しては、国民皆保険制度がないアメリカと彼が「自由主義レジーム」に分類している他の諸国（カナダ、イギリス、オーストラリア、ニュージーランド）とは明らかに異なる。第3に、同じく医療保障に関しては、「社会民主主義レジーム」と「保守主義レジーム」とは類似している。

そのために、医療制度・政策の国際比較に限定すれば、私が1994年に『「世界一」の医療費抑制策を見直す時期』[7:p13]で提唱した「先進国医療の3極構造論」（ヨーロッパ諸国が主流・国際標準で、アメリカと日本は逆方向の両極端の国）の方が妥当である、少なくとも日本医療の改革を考える上では有効である、と考えている。

### 3. 2001年「骨太の方針」中の新自由主義的医療改革の帰結

はじめに述べたように、2001年6月に閣議決定された経済財政諮問会議「骨太の方針」の医療改革の部分には、3つの新自由主義的改革（医療分野への市場原理の導入）が含まれ

ており、それらはいずれもその後、部分的に認められたが、実効性は限られている[5]。

まず保険者と医療機関の個別契約は、2003年5月に解禁されたが、個別契約は現在に至るまでまったくない。私が健康保険組合連合会に問い合わせたところ、「通知によるハードルが高く、現段階では困難。個別健保において契約を行っている事例はない」（医療部医療2課）との回答であった。それどころか、健康保険組合連合会は本音では、保険者と医療機関の個別契約を含めて、保険者機能の強化には消極的である（補注3参照）。

次に株式会社の医療機関経営の解禁については、2004年5月の特区法改正で、「医療特区（政府が承認した限定された地域）」・自由診療（全額患者負担）・「高度な医療」に限定して解禁されたが、申請は診療所が1件のみである（神奈川県）。しかも、これは現在でも自由診療扱いの美容整形であり、病院の進出の動きはまったくない。そもそも、法改正の前から、総合規制改革会議鈴木良雄議長代理は、「特区の中ですら[株式会社の参入は]出てくるわけがないのであり、一般に株式会社形態が普及することは夢にすぎない」（第8回総合規制改革会議（2003年12月））と、本音を述べていた。

第3に混合診療の解禁については、小泉首相自身が2004年9月に解禁の検討を指示したにもかかわらず、厚生労働省と日本医師会を中心とする全医療団体が頑強に反対した。その結果、2004年12月の政府内合意で、全面解禁は否定され、現在でも例外的に混合診療を認めている「特定療養費制度の再構成」＝部分解禁で決着した。

なお、2001年の「骨太の方針」に盛り込まれていた「社会保障の個人会計システム」（個人レベルでの社会保障の給付と負担が分かる情報提供を行う仕組み）は、社会保障の所得再分配機能を否定する「学者の作文」であり、現在まで経済財政諮問会議内ですらまともに検討されていない。

### **医療制度改革関連法案には新自由主義的改革は希薄**

逆に、2003年3月の閣議決定「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、「将来にわたり国民皆保険制度を堅持する」ことが改めて確認されるなど、第2のシナリオ寄りの医療制度改革が盛り込まれた。

小泉政権は現在開会中の通常国会に、この閣議決定を具体化した医療制度改革関連法案を提出しており、これは医療保険制度、老人保健制度、医療法、介護保険法の改正を含む相当大規模な改革である。しかも衆議院で与党が三分の二以上の議席を占めるため、成立はほぼ確実と見なされている。

しかし、これらの法案がめざしているのは、伝統的な医療費抑制・患者負担の拡大であり、新自由主義的改革はほとんど含まれていない。ただし、第1のシナリオと第2のシナリオとで共通している公的医療費抑制方針はかつてないほど強まっている。しかも医療制度改革関連改革法案に先だって本年4月に実施された診療報酬改定でも、史上最大の引き下げ（マイナス3.2%）が行われた。

### **「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」**

ここで視点を変えて、新自由主義的改革の全面実施が否定された経済的理由を述べる。それは、新自由主義的医療改革を行うと、企業の市場は拡大する反面、医療費（総医療費と公的医療費の両方）が急増し、医療費抑制という「国是」に反するからである。私はこれを「新

自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」と呼んでいる[2:p21]。

具体的には、まず保険者機能の強化により医療保険の事務管理費が増加するのは国際的常識である。例えば、事務管理費の総医療費に対する割合は、日本は3%弱だが、保険者機能の強いドイツ・アメリカでは6%台である[2:p18]。次に、営利病院は非営利病院に比べて総医療費を増加させ、しかも医療の質が低いことは、アメリカでの厳密な実証研究により学問的常識となっている[1:p65,2:p122,135]。第3に、混合診療を全面解禁するためには、私的医療保険を普及させることが不可欠だが、私的医療保険が医療利用を誘発し、公的医療費・総医療費が増加することも国際的常識である[11:p196]。

私は、厚生労働省が新自由主義的医療改革に頑強に反対している最大の理由がこれだと判断している。逆に、新自由主義派の官僚（内閣府や経済産業省に多い）や研究者は、このような国際的常識を知らず、市場メカニズムの導入により医療費（最低限、医療価格）を引き下げることが可能と単純素朴に考えている。

### **混合診療の全面解禁には国民意識の壁**

混合診療の全面解禁には、このような経済的理由以外に、国民意識の壁もある。それは、混合診療についてのどんな世論調査でもその支持は10~20%にとどまっていることである[12]。例えば、日本医師会総合研究機構「第1回医療に関する国民意識調査」（2002年度実施）では、「お金を払える人は追加料金を払えば、保険で給付される以上の医療やサービスを受けられる仕組み〔混合診療〕」に賛成した一般国民は17.9%、患者は12.2%にすぎなかった。しかも、世帯年収1000万円以上の高所得者（一般国民）でこの割合はやや高いが、それでも26.8%にとどまっていた。なお、田村誠氏は「なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するのか」を、多くの「実証研究の結果をもとに」多面的に検討し、「医療に関しては、多くのお金を支払った人がよりよい医療が受けられるという医療格差導入に一般市民が反対するのは、相当根深いものがある」と結論づけている[13]。

### **新自由主義的医療改革をめぐる論争は今後も継続**

はじめには、医療分野にも市場原理の全面的導入を目指す第1のシナリオ（新自由主義的医療改革）はすでに頓挫したと指摘したが、これは改革の大枠についての認識である。今後も、医療制度改革をめぐる政府・体制内の対立が継続することは間違いない。その結果、様々な妥協・調整が行われ、それにより医療費抑制政策がさらに強化されるとともに、「特定療養費制度の見直し」（混合診療の部分的解禁）等を通して、第2のシナリオ寄りの医療保険制度の部分的公私2階建て化が徐々に進む可能性が大きい。

しかし上述した「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」と混合診療の全面解禁に反対する国民意識の壁があるために、新自由主義的改革派が一方的に勝利して、医療分野に市場原理が全面的に導入される事態がおこらないことは確実である。

なお、先述したように、2003年3月の閣議決定で「将来にわたり国民皆保険制度を堅持することが改めて確認されて以降は、かつて国民皆保険解体を提唱した新自由主義派の人々も、表向きは国民皆保険制度を是認する一方、公的医療費（保険給付費）の厳しい抑制と混合診療の全面解禁による医療保障制度の全面的公私2階建て化を目指すように方針転換している[4]。そのために、当面の医療改革のシナリオは、理念的・全体的には私の定義した

3つのシナリオであり続けるが、医療保険制度改革に限定しては、第1のシナリオの目指す全面的2階建て化、第2のシナリオの目指す部分的・限定的2階建て化、および公的医療費の総枠拡大の3つとなっている[2:p92]。

## おわりに—よりよい医療制度をめざした私の改革提案

以上、一部を除いて、私自身の価値判断はできるだけ棚上げして、3つのシナリオ説の概略と留意点を述べてきた。最後に、「よりよい医療制度」をめざした改革についての私自身の価値判断（提案）を簡単に述べたい。

### 公的医療費の総枠拡大

まず、私の考える「よりよい医療制度」を目指した改革は、日本の医療制度の2つの柱（国民皆保険制度と民間非営利医療機関主体の医療提供制度）を維持しつつ、医療の質と医療の安全を向上させ、あわせて医療情報の公開を進めることである。その際、「社会保障として必要かつ充分な…最適の医療が効率的に提供される」ことが不可欠である。これは私の主観的願望ではなく、2003年3月の閣議決定「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」に明記された、小泉政権の公約でもある。

このような改革を進めるためには、公的医療費の総枠拡大が不可欠である。その根拠は、日本は、総医療費水準（対GDP比）が主要先進国（G7）中最下位な反面、総医療費の患者負担割合は主要先進国中もっとも高いという、歪んだ医療保険制度を持つ国になっていることである【補注6】。実は、医療費水準がG7で最も低い国は長らくイギリスであったが、ブレア政権が2000年度から同国の医療費水準をヨーロッパ平均に引き上げることを目的にして、医療費拡大政策を着実に実施しているため、日本は、2004年から、G7中医療費水準が最低の国になっている[14]。OECD調査によると、患者負担割合がG7中もっとも高いのはアメリカとされているが、意外なことに、厚生労働省の外郭団体である医療経済研究機構の調査によると、差額ベッド代などの非公式の患者負担を加えた日本の実質患者負担割合は、90年代後半（1998年）からアメリカよりも高くなっている[15]。

私は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考えている【補注7】。

### 医療者の自己改革と制度の部分改革

しかし、私はリアリストとして、国・自治体の財政危機に加えて、国民・患者の強い医療不信を考えると、それが短期的に実現する可能性は残念ながらないとも判断している。各種世論調査によると、国民の大半は医療サービスの向上と平等な医療の維持を求め、混合診療の導入には強く反対しているが、公的医療費の総枠拡大に不可欠な社会保険料や租税負担の引き上げに対する支持は極めて低いからである。

そのために私は、平等な医療を守りつつ医療サービスの向上を実現するためには社会保険料や租税負担の引き上げが必要だと国民が納得し、第3のシナリオを支持するようになるためには、医療者が自己改革を行い、国民・患者の医療不信を払拭することが不可欠だと考えている。そのために、個々の医療機関レベルの自己改革と、個々の医療機関の枠を超えたよ

り大きな制度改革を提唱している。

具体的には、前者は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（「複合体」）化の3つであり、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医療専門職団体の自己規律の強化の3つである（これらの詳細については、はじめにであげた2冊の私の著作を読みたい[1,2]）。

ここで「複合体」とは、公私の医療施設が、同一法人または関連・系列法人とともに、何らかの保健・福祉施設（入所施設だけでなく在宅・通所施設も含む）を開設し、保健・医療・福祉を一体的に提供しているグループを指す（詳しくは、『保健・医療・福祉複合体』[16]と大韓リハビリテーション医学会での私の講演録[17]参照）。このような「複合体」は、2000年の介護保険制度創設前後から、急増している。

私はこれらの改革が、第3のシナリオ実現の「必要条件」と判断している。ただし、これらが行われれば第3のシナリオが自動的に実現すると楽観しているわけではない。その意味で、これらの改革は第3のシナリオ実現の「十分条件」ではない。

### 抜本改革は不可能—国内的・国際的経験から

日本の医療関係者の中には、政府の進める医療制度の抜本改悪（大改悪）には反対だが、抜本改善（大改善）は不可欠であり、私の改革案は生ぬるいと思われる方も少なくない。実は、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判断するに至っている。以下、その理由を簡単に述べて、報告を終わりたい。

まず、国際的経験について述べると、1980年代以降、主要先進国で、医療（保険）制度の抜本改革を一気に実現した国はない。抜本改革を試みた国は数カ国あるが、すべて失敗している。例えば、イギリスのサッチャー首相は1980年代後半、国営医療（NHS）を解体し、医療に市場メカニズムを導入する抜本改革を非公式に検討したが、国民の抵抗が強く、その発表そのものを断念し、国営医療の部分改革に方針転換した。逆にアメリカのクリントン大統領は、1993年の就任直後、4000万人を超す無保険者問題を抜本的に解決するため、鳴り物入りで国民皆保険法案を提案したが、議会と国民の強い反対にあい廃案となってしまった。

次に国内的経験について述べると、戦後医療の60年で医療（保険）制度の抜本改革はたった1回しか行われていない。それは、1961年に実施された国民皆保険である。正確に書くと、これも一気に実施されたわけではなく、4年計画で着実に実施された。

抜本改革の狂想曲（ラプソディー）は2回ある。1回目は1965年から1972年までであった。2回目は1997年から始まったが、2003年で終演した。それどころか、個々の重要な制度改革の実現にも非常に長い年月がかかっている。例えば老人医療費無料化から定額負担導入までに10年かかっている（1973～1983年）し、定額負担から定率負担導入までには17年もかかっている（198～2000年）。1994年に実施された入院時食事自己負担導入には16年かかっている（1978～1994年）。

このような国内外の経験を踏まえると、どんな立場の改革であれ、抜本的な改革を一気に実現できないことは共通の認識にすべきである、と私は考えている。

## 補注

### 1) 日本の中央省庁改革と内閣府・経済財政諮問会議の誕生

日本では2001年に中央省庁の大規模な再編成が行われ、従来の1府22省庁が1府12省庁に統合された。この再編により、旧厚生省と旧労働省は統合され、厚生労働省になった。

この改革で特筆すべきことは、内閣機能強化の一環として、内閣総理大臣（首相）を長とする、強大な内閣府が創設されたことである。内閣府には、経済財政政策全般の最高審議機関として経済財政諮問会議が設置された。この会議は、内閣総理大臣を含めた関係大臣6人、日本銀行総裁、4人の民間議員（大企業経営者、大学教授各2名）の合計11人で構成される。さらに、内閣府には規制改革を推進するための規制改革・民間開放推進会議が設置された。その委員の大半は大企業経営者と新自由主義派の大学教授である。

中央省庁改革以降、内閣府と経済財政諮問会議（民間議員）、規制改革・民間開放推進会議は新自由主義的改革の推進者となっている。経済産業省も当初、新自由主義的医療改革（株式会社の病院経営解禁、混合診療の全面解禁等）を主張していたが、最近はその取り下げている。最強官庁である財務省は、内閣府や経済財政諮問会議等と共に公的医療費の抑制を強力に推進しているが、株式会社の病院経営解禁、混合診療の全面解禁には慎重である。それらが結果的に公的医療費の増加をもたらすことを懸念しているためである。

### 2) 年金と社会福祉・介護等での政府・体制内の対立

医療以外の、年金、社会福祉・介護、労働衛生分野での、政府・体制内の改革路線の対立の概略は、以下の通りである。

年金制度改革では、長年、新自由主義派（第1のシナリオ）と厚生労働省派（第2のシナリオ）との間で大論争が行われてきた。新自由主義派の主張がストレートに盛り込まれた経済戦略会議「最終答申」（1999）は厚生年金の完全民営化を主張していた。しかし、最終的には、2004年の年金制度改革で厚生労働省派が現実的にも理論的にも勝利し、大半の新自由主義派は、年金の2階部分の民営化という主張を放棄するか、年金制度改革について沈黙するようになっていく。

社会福祉基礎構造改革についても、新自由主義派は、当初、社会福祉法人制度の解体を含めて、市場原理の全面的導入を目指したが、最終的に挫折し、厚生労働省派が勝利した。介護に関しても、新自由主義派は、当初、税法式（財源は消費税）と「バウチャー方式の選択制」を主張し、経済戦略本部「最終報告」（1999年）にそれが採用されたが、小泉政権成立後、経済財政諮問会議と規制改革・民間開放推進会議はそのような主張を放棄し、現行の介護保険制度を是認するようになっていく。そのため、年金と社会福祉・介護保険の改革に関しては、現在では、政府・体制内での対立は、表面的には鮮明ではなくなっている。

労働衛生に関しても、新自由主義派は労災保険の民営化をめざしているが、これについては2003年に総合規制改革会議（規制改革・民間開放推進会議の前身）内部で大論争が生じ、同会議内での合意さえ得られなかった。

### 3) マネジド・ケアシステムの日本への導入がありえない4つの理由

日本では、1990年代末に医療界と財界の一部でマネジドケアが医療改革の切り札として注目され、経済戦略会議「最終答申」にもそれが盛り込まれた。しかし、その流行は短期間で終わり、2001年以降は、その導入を主張する有力な組織・個人はなくなった。

私は、今後も、マネジドケア・システムの日本への導入は100%ありえないと判断している。その理由は以下の4つである[1:p30]。

第1の理由は、アメリカでは1990年代にマネジドケアの矛盾が噴出した結果、現在では、マネジドケアは悪の代名詞となり、医療関係者の間だけでなく、一般市民や一般ジャーナリズムのレベルでも「悪いもの」という認識が定着したからである。

第2の理由は、マネジドケアがアメリカで急速に普及したのは医療費を抑制できたからだったが、1990年代末から医療費が再び急増するようになったため、それが否定されたためである。

第3の理由は、小泉政権の成立により新自由主義的な医療改革の流れ（第1のシナリオ）が強まったが、経済財政諮問会議「骨太の方針」には「日本版マネジドケア」が盛り込まれなかったからである。

第4の理由は、意外なことに、わが国でマネジドケアを導入した場合に主力となると期待されていた健康保険組合（大企業の従業員を対象にしている）が、本心では、マネジドケアはおろか保険者機能の本格的強化も望んでいないからである。なぜなら、保険者機能を強化し、個々の医療機関と直接契約を結ぶためには、膨大な情報化投資が必要なだけでなく、医療機関や医師会・病院団体と対等に交渉できる優秀な人材（医師等の医療職も含む）の確保が不可欠である。そのためには、間接費（事務管理費）を大幅に増やす必要があるが、それは現在の保険者の負担能力を超えるからである。

なお、私は、わが国の医療水準の向上のために、疾病管理やケア・マネジメント等、マネジドケアの個々の「医療管理技法」を、「マネジドケア・システム（医療保険による医師・医療機関と患者の管理システム）」から切り離してわが国に導入することは可能とも判断している。しかし、それを敢えてマネジドケアと呼ぶ必要はない。

#### 4) 社会保障制度の公私2階建て説は2つある

私は『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』（1994）で、「厚生省の医療・福祉・年金改革の共通戦略」を「3分野に共通した『中間層（中所得者層）のニーズにこたえる』『2階建て制度』の確立」と規定した[7:p138]。これは2階建て説のわが国で最初の提起であった。

二宮厚美氏はその6年後の2000年に、主として介護分野を対象として「新自由主義の2階建て福祉構想」を提起した[18]。二宮氏は、その後、この「2階建て構想」を医療を含む社会保障制度全体に拡張している。ただし、二宮氏は政府・財界が一体的に「新自由主義的改革」を進めていると主張しており、医療・社会保障については政府・体制内の改革シナリオが分裂しているとする私の理解とは全く異なっている。

そのため、私は、最近では、第1のシナリオの目指している2階建て化を「全面的」2階建て化、第2のシナリオが目指している2階建て化を「部分的」2階建て化と呼んで、区別するようにしている。

## 5) 新自由主義的医療改革をめぐる私と二宮厚美氏等との論争

韓国の社会政策・社会福祉学界で福祉国家性格論争が華々しく行われているのとは異なり、日本では社会保障制度改革の性格付けをめぐる研究者間の本格的論争はほとんど行われていない。その例外が、小泉政権成立直前に「21世紀の社会保障と福祉国家」について、私と二宮厚美氏等とのあいだで行われた論争である[19]。この論争では、3つのシナリオ説に立つ私と現在の医療・社会保障改革全体を新自由主義と位置づける二宮氏等との間で、新自由主義、厚生労働省の路線、社会保障の2階建て化、介護保険と医療保険との関係、保健・医療・福祉複合体（二木）と社会産業複合体（二宮）の違い等について激しい論争が行われた。現在の医療・社会保障改革全体が新自由主義とする論者の主な著書としては、二宮厚美『現代資本主義と新自由主義の暴走』[20]と横山寿一『社会保障の市場化・営利化』[21]がある。

## 6) 1人当たり総医療費は医療費水準の指標としては不適切

医療費水準の国際比較の指標としては、総医療費のGDPに対する割合がもっともよく用いられるが、1人当たり総医療費（為替レートに基づくドル表示）が用いられることもある。これによれば日本はOECD加盟国の中位水準であり、厚生労働省等はこれを根拠にして、日本の医療費水準が必ずしも低くないと主張している。しかし、1人当たり医療費は為替レートの変動の影響を受けやすく、しかも日本円の対ドル為替レートは日本の物価水準の高さを反映したPPP（購買力平価）よりはかなり高いため、為替レートに基づく日本の1人当たり医療費は過大表示となる。

また、各国の医療費水準（総医療費の対GDP、1人当たり医療費の両方）は各国の所得水準（1人当たりGDP）に大きく規定される（所得水準が高い国ほど医療費水準も高い）ことが、マクロ医療経済学的に実証されているため、各国の医療費水準を比較する場合には、所得水準が同じ国々と比較する必要がある。現在のOECD加盟国には高所得国だけでなく、旧東欧諸国等の中所得国も含まれるため、日本の医療費水準の高低を、OECD加盟国全体と比較して判断するのは不適切である。そのため、私は日本と所得水準が近似しているG7と比較するようにしている。

なお、私が本報告でも、【参考資料】の「医療提供制度と保健・医療・福祉複合体の日韓比較」でも、日韓両国の医療費水準や患者負担割合の比較を行っていないのは、両国の所得水準にはまだ相当の格差があるため、それらの単純な比較は意味がない（むしろ誤解を招く）と判断しているからである。

## 7) 消費税を公的医療費拡大の主財源にするのは困難

私は『21世紀初頭の医療と介護』で、「医療・介護の財源私論」を書いたときには、たばこ税の引き上げ、公共事業費の削減、軍事費の削減、累進課税と企業課税の引き上げという左派の定番メニューを列挙した上で、「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」と書いたが、社会保険料の引き上げについてはまったく触れなかった[1:p17]。

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と判断するようになった。

なお、私が司会をした日本病院会のシンポジウム「国家財政と今後の医療政策」（2005年8月）では、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、医療費増加の財源として社会保険料をあげた。また、山崎泰彦・連合総研編『患者・国民のための医療改革』の座談会Ⅱ（厚生労働省OBの2人の研究者が参加）でも、日本の医療「保険料は料率も上昇率も高くな」く、今後引き上げる余地がある点について合意されている[22:p86]。

## 引用文献

- 1) 二木立『21世紀初頭の医療と介護－幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房,2001.
- 2) 二木立『医療改革と病院－幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』勁草書房,2004.
- 3) 二木立「混合診療問題の政治決着の評価と医療機関への影響」『月刊／保険診療』60(2): 87-92,2005.
- 4) 二木立「厚生労働省『医療制度構造改革試案』を読む－『医療費適正化』部分を中心に」『社会保険旬報』No.2261:12-19,2005.
- 5) 二木立「より悪い制度にしないために－小泉政権の医療改革の批判的検討」『北海道医報（北海道医師会）』No.1049附録:12-20,2006.
- 6) 二木立『複眼でみる90年代の医療』勁草書房,1991,p74.
- 7) 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.
- 8) Esping-Andersen G: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Basil Blackwell, 1990. (岡沢憲英・宮本太郎監訳『福祉資本主義の3つの世界』ミネルヴァ書房,2001)
- 9) Esping-Andersen G: *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford University Press, 1999. (渡辺雅男・渡辺景子『ポスト工業経済の社会的基礎』桜井書店,2000)
- 10) 尾形裕也「OECD諸国における医療制度改革の動向」『医療と社会』12(2):79-106,2002.
- 11) OECD: *Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD, 2004.
- 12) 二木立「医療・社会保障についての国民意識の『矛盾』」『文化連情報』No.335:20-21,2006.
- 13) 田村誠「なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するのか－実証研究の結果をもとに」『社会保険旬報』No.2192:6-11,2003.
- 14) 二木立「日本の医療費水準は2004年に主要先進国中最下位となった」『文化連情報』No.331:30-32,2005.
- 15) 医療経済研究機構「1998年度日米の国内総医療支出（TDHE）」2001.
- 16) 二木立『保健・医療・福祉複合体－全国調査と将来予測』医学書院,1998.
- 17) 二木立「日本の介護保険制度と病院経営－保健・医療・福祉複合体を中心に」『大韓リハビリテーション医学誌』（投稿中）.
- 18) 二宮厚美「新自由主義的福祉改革と福祉労働」『賃金と社会保障』No.1277・1278:60-77,2000.
- 19) 二木立・伊藤周平・後藤道夫・二宮厚美「21世紀の社会保障と福祉国家」『ポリティー

ク』2号:96-143,2001.

20) 二宮厚美『現代資本主義と新自由主義の暴走』新日本出版社,1999.

21) 横山寿一『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社,2003.

22) 山崎泰彦・連合総研編『患者・国民のための医療改革』社会保険研究所, 2005.

※ 1,2,16)所収の主要論文を1冊にまとめた論文集（韓国語訳）の出版準備中（翻訳者は延世大学保健科学大学保健行政学科の丁教授(Jeong, Hyoung-Sun)）。

## 謝辞

本報告の草稿または4月15日の社会保障研究会での報告に対して率直なコメントをしていただいた以下の皆様に感謝します（アイウエオ順。所属を書いていない方は、本学の現職教員または大学院生）：岩崎晋也（中央大学）、大内講一、垣田裕介（大分大学）、北場勉（日本社会事業大学）、金碩浩、金道勲、権丈善一（慶應義塾大学）、鄭丞媛、菅沼隆（立教大学）、堤修三（大阪大学）、田多英範（流通経済大学）、西村淳（医療経済研究機構）、藤森克彦（みずほ情報総研）、松溪憲雄（龍谷大学）、吉澤昌恭（国際経済大学）。

【参考資料】

## 医療提供制度と保健・医療・福祉複合体の日韓比較

(2005年11月26日「高齢者ケアの日韓比較シンポジウム」報告。  
「日本福祉大学COE推進委員会ニューズレター」Vol. 6:33-37, 2006)

二木 立 (日本福祉大学教授・COEプログラム拠点リーダー)

### はじめに—本研究の動機・背景・目的

本題に入る前に、本研究の動機・背景・目的を簡単に述べる。

まず本研究の動機を述べる。日本では、韓国の医療保険制度(改革)の研究は相当進んでいる。それに対して、韓国の医療提供制度(改革)については断片的な紹介があるだけで、系統的な研究はまったく行われていない。しかも、日本における韓国の病院紹介は例外的な巨大病院偏重であり、民間病院の保健・医療・福祉複合体(以下、複合体)化に言及した文献はない。実は、この分野の本格的な実証研究は韓国でもまだ行われていない。これが本研究を開始した動機である。

本研究の背景は以下の通りである。日本と韓国の医療制度の根幹は国民皆保険制度と民間医療機関主導の病院制度という点で共通しているが、違いも少なくなく、相互に学びあう点が多い。例えば、国民皆保険制度の創設では日本が先行したが、保険者の統合・一元化は韓国が先に達成した(但し、その評価は韓国内でもまだ定まっていない)。日本では、1990年前後から出現した複合体が、2000年の介護保険制度開始前後から急増した。韓国の病院の複合体化は現時点ではまだ部分的だが、今後の超高齢社会化の進行と2008年に予定されている介護保険制度創設により急速に進む可能性が大きく、韓国の病院経営者の日本の複合体への関心も大きい。他面、医療の情報化(電子カルテ、病院情報システム、電子データによる医療保険請求等)については、韓国の方がはるかに進んでいる。

最後に本研究の目的は、医療機関の複合体化を中心として、日本と韓国の医療提供制度(特に病院制度)の比較研究を行うことにより、両国の医療制度改革のための基礎資料を提供することである。その際、制度・政策＝マクロレベルの比較と個々の病院単位のマクロレベルの比較(特に経営分析)を統合する。

なお、本研究は本学の提携校である韓国・延世大学校との共同研究でもある。

### 1. 先進国(OECD加盟国)中もっとも類似している日本と韓国の病院制度

まず日本と韓国の病院制度の特徴について述べる。結論的に言えば、両国の病院制度は先進国(OECD加盟国)中もっとも類似しているが、違いも見落とせず、それだけに比較研究の意義が大きい。

#### (1)日本・韓国の病院制度の共通点とアメリカとの根本的違い

OECD加盟国のうち、大半の国では病院の多くは国・公的病院であり、病院の大半が民間病院で、国公立病院が少ない国は、日本と韓国とアメリカの3カ国だけである。

しかし、日本・韓国の民間病院とアメリカの民間病院との間には**根本的とも言える違い**が

ある。それは、日本・韓国では、民間病院の大半は（事実上の）医師所有であるのに対して、アメリカの民間病院の大半は所有者のいない非営利（慈善）団体立であることである。日本では、個人・医療法人立が病院総数の70%、病床総数の55%（2003年）を、韓国でも、個人・医療法人立が病院総数の76%（2003年）を占めている。アメリカにも医師所有病院は存在するがごくわずかであり、しかもその大半は複数の医師の共同所有であり、日本や韓国のような個人の医師が（事実上）所有する病院はほとんど存在しない。

日本・韓国とアメリカの民間病院の**2番目の違い**は、日本・韓国では、医療法により、病院の営利目的の開設は禁止され、株式会社による病院経営も原則として認められていないのに対して、アメリカでは株式会社による病院経営が公認されていることである。ただし、アメリカでもそれは病院総数の10%強を占めているにすぎない。

ここで見落としてならないことは、医師所有病院は、アメリカやヨーロッパ諸国の所有者のいない非営利病院に比べて、非営利性が弱いことである。カナダの医療経済学者Evansの規定を借りると、それらは、経済学的には、「営利のみを目的とするのではない（not-only-for-profit）」組織と言える。

日本・韓国とアメリカの民間病院の**3番目の違い**は、日本と韓国では病院・医療施設の機能分化（急性期病院と慢性期病院）が遅れていることである。それに対して、アメリカでは、急性期病院、慢性期病院、ナーシングホーム（医療施設）の機能分化が徹底している。

## (2)日本と韓国の（民間）病院の制度上および実態上の違い

ただし、日本と韓国の（民間）病院には、制度上および実態上の違いがあることも見落とせない。現時点で、私が暫定的に確認した違いは、以下の7点である

**第1の違い**は、日本では、都道府県の「地域医療計画」により、病院の新設は厳しく制限されており、特に「病床過剰地域」である大都市部での病院の新設は事実上禁止されているのに対して、韓国には病院の開設規制はないことである。

**第2の違い**は、日本では、医療法人病院が個人病院よりはるかに多い（病院数7倍、病床数11倍）のに対して、韓国では、個人病院の方が医療法人病院より多い（病院数1.7倍）ことである。なお、アメリカやヨーロッパ諸国では、個人病院は「営利病院」に分類される。

**第3の違い**は、日本では、医療法人病院の開設者は原則として医師で、非医師による開設はごく例外的であるのに対して、韓国でも、個人病院の開設者は医師に限られているが、非医師による医療法人開設は認められていることである。これについての公式の統計はまだ入手し得ていないが、本シンポジウムにも参加された喜縁医療財団の金徳鎮理事長（非医師）によると、非医師が理事長の医療法人病院は全体の約10%とのことである。

**第4の違い**は、日本では民間病院のチェーン化（同一法人・グループが2病院以上を所有・運営）が進んでおり、その病床シェアはアメリカ並みに高いのに対して、韓国では、病院チェーン化はまだ注目されていないし、この用語も使われてないことである。ただし、私の韓国の病院の訪問調査では、韓国でも病院のチェーン化が水面下ではかなり進んでいるとの印象（仮説）を持っている。実は日本でも、私が、1990年に医療法人病院チェーンの全国調査を行う前は、病院チェーンはごく例外的存在と思われていた。

**第5の違い**は、日本では、病院倒産はきわめて少ないのに対して、韓国では毎年、民間中小病院の10%前後が倒産している（閉鎖または買収される）ことである。これは、日本側か

ら見ると信じられないくらい高い数字だが、政府の公式文書でも確認されている。日本の帝国データバンクの調査によれば、1987～2004年度の18年間の病院倒産総数は140件であり、病院総数のわずか1.5%にすぎない。日本でも最近では、水面下での病院買収（事実上の病院倒産）は増加しつつあるが、それでも韓国に比べるとはるかに少ないことは間違いない。

私は、日本で、「平成不況」（1990年代不況）期にも病院倒産が多発しなかった理由（秘密）は2つあると考えている。1つは、デフレ経済のため、金融機関の病院への貸出金利がきわめて低率に保たれたこと、もう1つは「平成不況」期にゴールドプラン～介護保険制度創設により、病院の複合体化が進んだことである（この点は後述する）。

**第6の違い**は、日本では、病院のIT化（電子カルテ。その前提の病名の標準化）はきわめて遅れており、保険請求もいまだに紙ベースであるのに対して、韓国では、国策として病院のIT化が進められており、世界最高水準なことである。

**第7の違い**は、日本では、1970年代以降老人病院が急増し、1990年代以降老人保健施設と特別養護老人ホーム、および在宅医療・福祉サービスが急増したのに対して、韓国では、高齢者の長期療養施設、在宅医療・福祉サービスとも整備が遅れていることである。しかも、その大半は低所得層と高所得層向けで、中所得層向けの施設・サービスが不足している。私の韓国でのヒアリング調査によると、老人病院の患者負担総額は1月100万ウォン（為替レート換算で10万円）以上である。日本と韓国との所得水準の違いを考慮すると、これは大変な金額である。

この第7の違いの結果、韓国では、病院の保健・福祉分野への進出＝複合体化は遅れている。例えば、韓国の複合体の旗手である喜縁グループ（医療法人&社会福祉法人）の発足も1996年と非常に新しい（同年に「老人医院」を開設。老人病院の開設は2001年）。

しかし、韓国でも、2008年に予定されている介護保険制度創設により、病院の複合体化が今後急速に進む可能性がある。しかも、複合体化は、韓国の民間中小病院の生き残りの有力な選択肢になりうるため、韓国の病院経営者の間では日本の複合体に対する関心が急速に高まっている。

## 2. 日本の保健・医療・福祉複合体

そこで、次に日本の複合体の概略と日本で複合体が出現・急増した制度的理由を簡単に述べる。韓国の複合体については、喜縁グループの金徳鎮理事長の指定発言を参照されたい。

### (1)複合体の定義(二木)

まず、複合体（正式には、保健・医療・福祉複合体）の定義を述べる。複合体の包括的な定義は、医療機関（病院・診療所）の開設者が、同一法人または関連・系列法人とともに、各種の保健・福祉施設のうちのいくつかを開設し、保健・医療・福祉サービスを一体的（自己完結的）に提供するグループである。複合体のうち、医療機関と在宅・通所ケア施設（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）のみを有するものを「ミニ複合体」と呼ぶ。

複合体は私が1996年に提唱した概念だが、現在では、厚生労働省、医療・福祉関係者の間では、「一般名詞」・共通言語となっている。なお、私は複合体の推進論者でも、批判論者でもなく、研究者の立場から中立的に複合体の実態を調査・研究している。と同時に、介護

保険制度の成立と2005年改革が、複合体への強い追い風になるとの「客観的」将来予測も持っている。

## (2)1980年代後半から複合体が出現・急増した3つの制度的理由

複合体は、1980年代後半から出現したが、急増したのは1990年代後半以降である。具体的には、日本で介護保険制度の創設が初めて公式に提案された1994年12月以降、急増した。

そこで次に、この時期に複合体が出現・急増した3つの制度的理由を述べる。

**第1の理由**は、1987年から都道府県の「地域医療計画」により、病院の新設が大幅に制限されたことである。1970年代～1980年代半ばまでは、経営手腕のある民間病院の経営戦略は病院の規模拡大または病院チェーン化であったが、「地域医療計画」によりそれが困難になったため、保健・福祉サービス分野に積極的に進出するようになった。

**第2の理由**は、厚生省が、1989年に、病院と施設・自宅の「中間施設」である老人保健施設を創設したことである。私の調査によると、老人保健施設の約90%が民間医療機関を母体としている。実は厚生省は当初、医療費抑制のために、病院から老人保健施設への転換＝病床削減をめざしていたが、現実には老人保健施設の大半は新設だった。しかも、病院（特に急性期病院）の利益率がわずか数%しかないのに比べて、老人保健施設の利益率ははるかに高い（概ね10%以上）。

**第3の理由**は、政府が1989年に「ゴールドプラン」（高齢者保健福祉推進10か年計画）を作成し、公費で、在宅福祉サービスと福祉施設の大幅拡充を計画的に進めたことである。これは、1989年から10年間に6兆円の公費を投入した、史上最大の福祉拡充計画であった。なお、この計画の直接の契機は、1989年に導入された消費税に対する国民の強い批判を和らげることであった。

しかも、「ゴールドプラン」では、従来自治体と社会福祉法人に限定されていた在宅福祉サービスの提供者を医療機関等にも開放した。その結果、経営手腕のある民間医療機関は、退院患者の受け皿整備のためにも、この新しい事業に積極的に参入した。また、特別養護老人ホームの建設費の大半は公費負担であり、しかも利益率も高かったため、経営手腕のある民間医療機関は、系列の社会福祉法人を設立して、特別養護老人ホームを開設した。

そして結果的には、**2・3番目の理由が2000年創設の介護保険制度の基盤整備**になった。日本の高齢者福祉は、1990年まではヨーロッパ諸国に比べて大きく遅れていたが、「ゴールドプラン」のおかげで、介護保険制度が創設された2000年にはすでにヨーロッパ水準に近づいていた。たとえば、1990年の日本の65歳以上の在宅福祉サービス利用率は1.0%にすぎなかったが、2000年には5.5%となり、ドイツ（2003年）の7.1%に近づいた。高齢者の施設入所率は日本3.2%（2000年）、ドイツ3.9%（2003年）である。ちなみに韓国の2000年の高齢者の施設入所利用率、在宅福祉サービス利用率はともに0.1%であり、まだきわめて低い。

## おわりに—今後の日韓比較研究の課題

最後に、本学COEプログラムにおける、今後の「医療提供制度と保健・医療・福祉複合体の日韓比較」の3つの研究課題（実証研究）について紹介する。これらは、来年以降、延世大学校と共同で行う予定である。

第1は、日韓両国における医療制度改革論争の比較—特に新自由主義的医療改革論争の比

較である。第2は、韓国における病院チェーン化と複合体化の実態調査である。第3は、個々の病院単位のマクロレベルの比較（特に経営分析）である。

#### 参考文献

- 1) 二木立『保健・医療・福祉複合体－全国調査と将来予測』医学書院,1998.
- 2) 二木立『介護保険と医療保険改革』勁草書房,2000.
- 3) 二木立『21世紀初頭の医療と介護－幻想の抜本改革を超えて』勁草書房,2001.
- 4) 二木立『医療改革と病院』勁草書房,2004.
- 5) 二木立「**日本の介護保険制度と病院経営－保健・医療・福祉複合体を中心に**」『大韓リハビリテーション医学誌』（投稿中）.
- 6) 『国民衛生の動向2005年』厚生統計協会,2005.
- 7) OECD Reviews of Health Care Systems - Korea, OECD, 2003.