

今後の医療制度改革と医療者の自己改革 — 敢えて「希望を語る」

二 木 立

日本福祉大学 教授

Ryu NIKI, MD, PhD

Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University

Abstract

Japan's health care reform in the near future and self-reform by medical communities

This paper consists of three parts. In part one, I show seven "objective" predictions of health care reform in Japan that will be enforced by Ministry of Health, Labor and Welfare, within a few years following the umbrella law of health care system reform that was enacted in 2006, with special reference to the reform of health care delivery system. Contrary to the conventional wisdom, I predict that neo-liberal reform nor drastic decrease in long-term care hospitals will and cannot be implemented. In part two, I propose my personal health care reform plan that will enhance health care quality preserving national health insurance system by increasing public health care expenditures. In part three, I emphasize three kinds of subtle evidences that may promote the reform in line with my proposal.

Key words: health care reform, health care cost containment, neo-liberal reform, self-reform by health professionals

はじめに

私の2つのスタンス

本題に入る前に、私の医療経済・政策学研究と
言論活動の2つのスタンスについて述べます¹⁾²⁾。
1つは、医療改革の志を保ちつつ、リアリズムと

ヒューマニズムとの複眼的視点から検討すること。
もう1つは事実認識と「客観的」将来予測と
自己の価値判断に3区分して検討することです。

本日の講演は、このスタンスに基づいて、次の
3つの柱でお話しします。1. 医療制度改革関連法
による医療制度改革の見通し（「客観的」将来予

Reprint requests to: Ryu NIKI
Faculty of Social Welfare
Nihon Fukushi University
Okuta Mihama - cho,
Aichi 470 - 3295 Japan

別刷請求先：〒470-3295 愛知県知多郡美浜町奥田
日本福祉大学社会福祉学部 二木 立

測), 2. 「よりよい医療制度」をめざした医療者の自己改革(価値判断), 3. 敢えて「希望を語る」(事実認識).

医療制度改革関連法による 今後の医療制度改革の見通し

まず, 第1の柱について述べます³⁾. 昨年成立した医療制度改革関連法は, 1980年代前半の「第一次保険・医療改革」以来, 四半世紀ぶりの包括的改革であり, この改革がこのまま実施されると, 「世界一」厳しいわが国の医療費抑制政策がさらに強化され, 医療費が過剰に抑制される危険が大きいと私は危惧しています.

なお, この法改正を「抜本改革」と呼ぶ方が少なくありませんが, 私はそれは不適切だ, と考えています. なぜなら, 今回の法改正はきわめて包括的ではあるが, 内容的には伝統的な医療費抑制・患者負担拡大の延長上の「部分改革」であり, 医療分野にも市場原理を全面的に導入する新自由主義的改革はほとんど含んでいないからです.

以下, 医療制度改革関連法による今後の医療制度改革の見通しを, 皆様のお仕事とも密接に関連する医療提供制度の改革を中心にして, 7点述べます.

第1の見通しは, 患者負担の大幅拡大と「特定療養費制度の再構成」(保険外併用療養費化)により, 医療・介護保障制度の部分的公私2階建て化が加速されることです. この結果, 多額の負担を支払えない低所得層の受診機会が抑制される危険が大きいと思います. 他面, 都市部の中・上所得層—具体的には大企業・官公庁の労働者やそのOB—は負担増と引き替えに, 現在よりも良質な医療・介護を享受可能になることも見落とせません.

第2の見通しは, 「医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携」(これは厚生労働省の公式表現)により, 医療機関の「二極分化」が進むことです. このことは, 医療関係者の常識と言えますが, 私は通説と異なり, 2つの留保条件をつけています.

第1の留保条件は, 医療機関の機能分化・連携は医療機関の保健・医療・福祉複合体化(医療機関の保健・福祉分野への進出. 以下, 「複合体」化)と対立物ではなく, 両者は競争的に共存することです(1: p97).

第2の留保条件は, 「勝者一人勝ち(winner-takes-all)」が生じることが多い一般の産業とは異なり, 医療には地域性という特徴があるために, 単独または少数の医療機関が全国はもちろん特定地域の医療市場全体を独占的に支配するような事態は起こりえないし, 医療機関の二極分化も時間をかけて緩やかに生じ, 短期間での激変は生じないことです.

第3の見通しは, 厚生労働省の誘導政策により, 「在宅医療の充実」は現在よりも進むが, 「在宅ターミナルケア」の急増はなく, 今後もターミナルケアについては病院の役割が大きいことです. なぜなら, 厚労省の担当者自身が認めているように, 重症な慢性期患者の在宅(自宅での)ケアへの移行は医療の側面だけで応援しても不十分」だからです.

第4の見通しは, 医療保険と介護保険との役割分担により医療保険の給付範囲が縮小される反面, 保健・医療・福祉(介護)サービスの連携と統合が推進される結果, 医療機関の「複合体」化がさらに進むことです.

厚生労働省が今後, 医療保険制度の急性期・亜急性期「医療」保険への純化を強力に進めることは確実ですが, 医療制度改革関連法(医療法改正)や改正介護保険法は保健・医療・福祉(介護)サービスを提供する施設・事業者が連携し, 患者・利用者が必要とするサービスを切れ目なく提供することも求めています. そのために, 私は2006年の一連の制度改革(特に医療制度改革関連法と改正介護保険法)は, 「複合体」への第2の追い風になると判断しています. 第1の追い風とは, 2000年の介護保険制度創設です.

ただし, 第1の追い風とは違いが2つあります. 1つは, 今後ほどの介護保険事業でも, 介護保険制度創設時のような高い利益率は望めないことです. 介護保険制度創設前後には, 老人保健施設や

特別養護老人ホームを開設するだけで10%を超える高い利益率が事実上保証されていましたが、その後2回の介護報酬引き下げと改正介護保険法により、それは過去のものとなりました。それだけに、複合体にはマネジメント能力の向上が求められていると言えます。

もう1つの違いは、今後新しく形成される「複合体」のサービス提供形態が相当変わることです。具体的には、介護保険の3種類の入所施設（介護療養病床、老人保健施設、特別養護老人ホーム）中心から、「居住系サービス」中心への転換です。ここで「居住系サービス」とは「自宅以外の多様な居住の場」における在宅医療サービスを意味し、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム等の小規模多機能施設、高齢者専用賃貸住宅等が含まれます。

第5の見通しは、医療法第5次改正に盛り込まれた医療法人制度改革により、医療機関の非営利性の徹底と透明で効率的な医療経営への要請が格段に強まることです。非営利性の徹底について具体的には、一般の医療法人に比べて公益性の高い「社会医療法人」が創設されるとともに、今後新設される医療法人は「持ち分なし」の基金拠出型法人に限られ、現行の出資持ち分のある医療法人もそれへの円滑な移行が図られることになりました。

第6の見通しは、療養病床の再編・削減は厚生労働省の思惑通りには進まないことです。

この点で私がもっとも強調したいことは、医療制度改革関連法により決められたのは介護療養病床の廃止のみであり、医療療養病床を25万床から15万床に削減することは決められていないことです。15万床という数字はあくまで厚生労働省の主観的願望です。私は、医療療養病床の15万床への削減は困難であり、しかも療養病床の再編・削減を行っても医療・介護費の大幅削減は不可能と判断しています⁴⁾。

第7の見通しは、医療分野への市場原理導入の全面的導入（新自由主義的改革の全面実施）は今後もありえないことです。私がこう判断する理由は、2つあります。1つは経済的理由で、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」に反するからです。私はこれを「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」と呼んでいます。

もう1つは政治的理由で、新自由主義的改革の本丸とも言える混合診療の全面解禁には、国民の大半が反対しているからです。混合診療についてのどんな世論調査でも、混合診療の支持は1~2割にすぎません。政治的理由としてはもう1つ、日本医師会を中心としたすべての医療団体が一致して新自由主義的医療改革に反対していることもあげられます。

補足 — 安倍政権下で新自由主義派の影響力は急速に低下した

第7の見通しに関連して補足したいことは、安倍政権が発足してから半年間で、新自由主義派の影響力は急速に低下したことです⁵⁾。

そもそも、安倍首相自身が小泉首相の推し進めた構造改革路線を部分的に軌道修正し始めています。具体的には、安倍首相は、「小泉さんは劇薬だが、私は漢方薬」、「国民生活の安定には残すべき規制もある」と表明し、小泉首相の市場主義一辺倒の考え方とは距離を置くようになっていきます。そのために、経済財政諮問会議と規制改革会議の存在感は、安倍政権になって急速に低下しています。

さらに、かつては「ミスター規制改革」と称されていた八代尚宏経済財政諮問会議民間議員も方向転換しています。彼は、かつては「小さな政府」の急先鋒であり、これからの社会保障改革についても「市場原理の米国方式を原則に、それを改良」していくと主張していました。ところが、八代氏は本年1月に出版した新著『「健全な市場社会」への戦略』（東洋経済）で、突然方向転換し、以下のように述べました。「アメリカは、さまざまな意味で先進国の基準からやや離れた国であり、日本の目指すべきモデルとしてはふさわしくない。…『健全な市場社会』のモデルとしては、カナダが最適である」。「一般的に『大きな政府』と『小

さな政府』のいずれが望ましいかという議論は不毛である」。

「よりよい医療制度」をめざした 医療者の自己改革

次に第2の柱「よりよい医療制度」をめざした私の改革提案、価値判断を述べます。

私は、よりよい医療制度改革を考える上では、2つの幻想を捨てる必要があると考えています。

1つは、「医療制度抜本改革が不可欠」という幻想です。その根拠は、1981年代以降、医療制度の抜本改革を一気に実施した先進国はないこと、および日本では第二次大戦後医療制度の抜本改革は1回しか実施されていないことです。その1回とは1961年に実施された国民皆保険制度であり、しかもこれは4年計画で着実に実施されました。そのために、私は、日本で可能・必要なのは「部分改革」の積み重ねであり、日本の医療制度の2つの柱（国民皆保険制度と非営利医療機関主体の医療提供制度）を維持した改革であると考えています。

第2の幻想は、「医療効率化で、医療の質の向上と医療費抑制の両立は可能」という幻想です。この幻想には、現在の安倍政権や経済財政諮問会議だけでなく、一部の医療関係者もとらわれています。最近の珍説は、がん難民の解消で5200億円の医療費節減可能とする日本医療政策機構のレポートです⁶⁾。しかし、医療は人件費が5割を占める労働集約型産業であり、しかも一般の産業では技術進歩が人件費の節減をもたらすのと異なり、医療技術の進歩で人件費が減ることはほとんどないため、少なくともマクロレベルでは、医療の質の向上と医療費抑制との両立は不可能というのが、医療経済学の常識です。

そのために、私は、国民皆保険制度を維持しつつ、日本医療の質を引き上げるためには、公的医療費の総枠拡大が不可欠だと考えています。そして私は、公的医療費増加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、所属税と企業課税、消費税の適切な引き上げも行うべきと

考えています(2: p69)。

しかし、私はリアリストとして、医療者・医療機関の窮状を訴えるだけでは、公的医療費の総枠拡大は不可能だとも判断しています⁷⁾⁸⁾。そのために、国民の理解を得て、公的医療費の総枠拡大を実現するためには、医療者の自己改革と制度の部分改革が不可欠だと判断し、以下のような改革を提案しています。

個々の医療機関レベルの自己改革は、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複合体化の3つです。個々の医療機関の枠を超えたより大きな制度改革は、①医療・経営情報公開の制度化、②医療の非営利性・公共性を強化する医療法人制度改革、③医療専門職団体の自己規律の強化の3つです。

敢えて「希望を語る」

私は、このままでは日本の医療は崩壊の危機に瀕するとの危機感を持っていますが、昨年来、医療界とマスコミ、さらには安倍政権の政策の中にすら、小泉政権の絶頂期とは明らかに異なる動き・流れが生まれてきており、そこに一筋の希望があるとも考えています。そこで、フランスのレジスタンスの詩人、ルイ・アラゴンにならって、敢えて「希望を語ること」にします⁹⁾。

希望は、3つに大別できます。第1は最近の医療制度改革の肯定面と医療者の自己改革の動き、第2は昨年来のマスコミの医療問題の報道姿勢の変化、第3は安倍政権が本年に入って実施した、小泉政権の医療・介護・福祉抑制策の部分的見直しです。

1. この間の制度改革と医療者の自己改革の肯定面

まず、第1の希望について、私の提唱している「個々の医療機関の枠を超えた[3つの]大きな制度改革」に沿って述べます。

第1の医療・経営情報公開の制度化は、2005年以降相当進みました。主な改革は以下の4つです。

① 2005年4月に施行された個人情報保護法により、カルテ開示が事実上法制化されました。②昨年4月の診療報酬改定で、保険医療機関に対して医療費の内容の分かる領収書の発行が義務づけられました。③本年4月に施行された第5次医療法改正により、医療機関の医療機能の情報公表制度が創設されました。④同法により新設された社会医療法人には事業報告書等の第三者への開示が義務づけられただけでなく、都道府県は一般の医療法人から提出された事業報告書等も第三者から請求があった場合には「閲覧に供しなければならない」ことになりました。

第2の医療法人制度改革については、同じく第5次医療法改正により医療法人の非営利性と公益性が強化されました。具体的には、公益性をより強めた社会医療法人が創設されるとともに、今後新設される医療法人はすべて「持ち分なし」の基金拠出型法人とされました。医療法人の持ち分問題がほんの数年前まではタブーに近かったことを考えると、これは大きな前進と言えます。

第3の医療専門職団体の自己規律の強化も、この数年相当進みました。それらは、医師会によるものだけでなく、各病院団体・医学会によるもの等、多岐にわたりますが、ここでは医師会によるものに限ります。

まず日本医師会は、前執行部（植松治雄会長）以来、医師（会）の自浄作用を強調するようになってきました。一例をあげると、2005年11月に発表された「自浄作用活性化推進に向けてハンドブック」です。

最近の動きで特筆すべきことは、日本医師会が本年2月に発表した「医療提供体制の国際比較」で、それまでの方針を変更して、「医師の絶対数は不十分」と公式に認めたことです。これを発表した中川俊男常任理事は、「日医は偏在が医師不足の主たる原因と言ってきたが、それに加え、絶対数も十分ではないことがわかった」と述べ、今後は絶対数の不足も訴えていく方針を示しました（『日本医事新報』4321号10頁）。

日本医師会が2005年度以降無過失補償プロジェクト委員会で検討してきた産科医療無過失補償

制度が2007年度にも制度化される見通しが出てきたことも評価できます。これと密接に関係する動きとしては、医師会・医療界の要請に応じて厚生労働省が3月に素案を発表し、4月から検討会を立ち上げた、医療版事故調査委員会（第三者機関）の設立の動きがあります。

2. 昨年来のマスコミの医療問題の報道姿勢の変化

第2の希望は、世論の形成に大きな影響を与えるマスコミの医療問題の報道姿勢が、昨年来（『日本経済新聞』を除いて）変化し始めたことです。この点は、小泉政権絶頂期の数年前とは様変わりしています。以下、全国紙4紙（『朝日』・『毎日』・『読売』・『日本経済新聞（以下、日経）』）の論調の変化を示します。

まず「社説」の変化を述べます。小泉政権全盛期には、4紙とも社説で小泉政権の医療費抑制策を支持するだけでなく、その徹底を主張していました。

それに対して、『朝日』と『毎日』は、昨年からは、社説で、医療費抑制策に慎重姿勢を表明し始めました。具体的には、『朝日』2006年6月19日「医療改革 とても安心できない」、同8月3日「社会保障 これ以上削れるか」、『毎日』2006年6月15日「高齢者医療 行き場のない人に温かい目を」です。

それに対して、『日経』は、相変わらず、医療効率化＝医療費抑制一本槍の社説を掲げ続けています。2006年2月11日「医療効率化もっと踏み込め」等です。『読売』は、昨年以降、医療費抑制策に正面から触れた社説を掲載していません。

次に、一般の医療記事の変化を検討します。結論的に言えば、論調の変化は社説よりもはるかに鮮明です。

この点でも、『朝日』と『毎日』の論調の変化が際立っています。両紙は、今年に入って、医療危機・医療クライシスという用語を常用し始めました。さらに、『毎日』は1月23日から社会部が「医療クライシス」の連載を始め、『朝日』も4月2日から田辺功編集委員が「医療危機」の長期連

載を始めました。

さらに、3月末～4月初旬には、「読売」、「朝日」、「毎日」が相次いで、医師不足・医療荒廃についての独自調査を発表しました（「読売」3月29日、「朝日」4月2日、「毎日」4月3日）。3紙が相次いで独自調査を行ったことは、各紙が医師不足・医療危機の深刻さにより気づき、その取材に本腰を入れるようになった現れと言えます。

もう1つ注目すべきことは、社説で医療費抑制政策に慎重姿勢を示すようになった「朝日」と「毎日」だけでなく、「読売」も、今年に入って、日本の医療費水準が「先進国でも最低水準」である事実を報道するようになったことです（1月18日）。

それに対して、「日経」だけは、この基本的事実を一度も報じないだけでなく、逆に、経済財政諮問会議民間議員と一体となって、日本医療が「高コスト構造」であるとの主張を繰り返しています。これでは、「日経」のみを読んでいる国民は、日本の医療費水準が欧米諸国に比べて高いと誤解しかねません。

3. 安倍政権が医療・介護・福祉抑制策を部分的に見直し

第3の希望は、安倍政権が本年に入って、昨年4月に小泉政権が強行した一連の医療・介護・福祉費抑制策の一部を見直したことです⁵⁾。主な見直しは以下の4つです。①昨年4月の診療報酬改定で導入されたりハビリテーションの算定日数制限の見直し、②昨年4月に創設された介護予防事業の対象になる「特定高齢者」の選定基準の大幅緩和、③昨年4月の介護報酬改定で導入された軽度者への福祉用具貸与禁止の見直し、④昨年4月に実施された障害者自立支援法での障害者負担の大幅増加を緩和するための「特別対策」の実施。

おわりに

「絶望しすぎず、希望を持ちすぎず」

もちろん、以上述べてきた変化は、現時点ではまだごく部分的なものであり、厳しい医療費・医師数抑制政策の基調に変化が生じたわけではありません。また、本講演で肯定的に評価した制度・政策にも、さまざまな問題点が潜んでいるのも事実です。しかし、それでも、これらの変化により、今後の医療改革にわずかであれ希望が見えてきたことを見落とすべきではありません。

それだけに、医療者は、「絶望しすぎず、希望を持ちすぎず」、医療費・医師数抑制政策の弊害とそれの転換を国民・マスコミに粘り強く訴え続けると共に、自己改革と制度の部分改革を積み重ねていく必要があると思います。迂遠のようにみえても、これが医療崩壊・医療荒廃を防ぐ唯一の道だと私は考えています。

文 献

- 1) 二木 立：医療改革と病院。勁草書房，東京，2004。
- 2) 二木 立：医療経済・政策学の視点と研究方法。勁草書房，東京，2006。
- 3) 二木 立：療制度改革関連法による医療制度改革の見通し。文化連情報 345: 28-34, 2006。
- 4) 二木 立：療養病床の再編・削減—手続き民主主義と医療効率の視点から。文化連情報 343: 28-35, 2006。
- 5) 二木 立：安倍政権の半年間の医療政策の複眼的評価。文化連情報 350: 46-48, 2007。
- 6) 二木 立：「がん難民」の解消で5200億円の医療費削減？。文化連情報 347: 22-24, 2007。
- 7) 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 335: 20-21, 2006。
- 8) 二木 立：私はなぜ医療者の自己改革を強調するか？。文化連情報 337: 28-29, 2006。
- 9) 二木 立：医療改革—敢えて「希望を語る」。日本醫事新報 4335: 77-80, 2007。