

小泉・安倍政権の医療改革—新自由主義的改革の登場と挫折

(『月刊／保険診療』第62巻第12号113-121頁,2007年12月10日)

二木 立 (日本福祉大学教授・大学院委員長)

【要旨】

小泉政権の医療改革の新しさは、医療分野に市場原理を導入する新自由主義的改革方針を部分的にせよ初めて閣議決定したことである。それにより政権・体制内の医療改革シナリオが2つに分裂し、激しい論争が戦わされたが、最終的には「骨太の方針2001」に含まれていた3つの新自由主義的改革の全面実施は挫折した。他面、小泉政権は1980年代以降続けてられてきた「世界一」厳しい医療費抑制政策をいっそう強め、その結果日本は、2004年には医療費水準は主要先進国(G7)中最低だが、患者負担は最高の国になった。

安倍政権は大枠では小泉政権の医療費抑制政策を継承したが、ごく部分的にせよ、行き過ぎた医療費抑制政策の見直しも行った。さらに、政権・体制内での新自由主義派の影響力は急速に低下した。このような変化・軌道修正は、安倍政権が閣議決定した「基本方針2007」と「規制改革推進3年計画」にも現れている。

私は、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)を維持しつつ、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であり、そのための主財源としては社会保険料の引き上げが現実的と判断している。と同時に、このような改革についての国民的合意を得るためには、医療者の自己改革と制度の部分改革が必要とも考えている。しかも、最近、そのような改革の「希望の芽」も生じている。

はじめに—私の医療経済・政策学研究と言論活動の2つのスタンス

本稿では、主として「新自由主義的改革の登場と挫折」という視点から、小泉政権と安倍政権の合計6年半の医療改革の総括を行います。合わせて、「よりよい医療制度」をめざした私の改革提案を紹介します。最後に、特に2007年に入って明らかになっている、よりよい医療制度改革の「希望の芽」について簡単に述べます。

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の3つを峻別するとともに、それぞれの根拠を示して「反証可能性」を保つことです。ここで、「客観的」将来予測とは、私の価値判断は棚上げして、現在の政治・経済・社会的条件が継続すると仮定した場合、今後生じる可能性・確率が高くと私が判断していることです。

私は、このような2つのスタンスから、医療政策の光と影(積極面と否定面)を複眼的に分析するようにしており、いたずらに危機意識をあおることは避けてきました。しかし、2006年からは、小泉政権が5年半実施した厳しい医療費抑制政策が臨界点を超え、このままでは日本医療は崩壊すると危機感を持つようになりました(3)。それだけに、論文や

講演では「よりよい医療制度」を目指した改革と「希望の芽」を語るようにしています。

なお、本稿では、紙数の制約のため、今後の医療制度改革についての私の「客観的」将来予測は述べません。これについては、拙新著『医療改革－危機から希望へ』（勁草書房, 2007年11月発行）第2章第3節「2006年医療制度改革関連法と療養病床の再編・削減」をお読み下さい。

1 小泉政権の医療改革

(1) 小泉政権の医療改革の新しさ－新自由主義的改革の登場

2001年4月に発足した小泉政権の医療改革の新しさは、政府の公式の医療政策に初めて、新自由主義的医療改革（医療分野への市場原理導入）方針が組み込まれことです【注1】。具体的には、小泉政権が発足直後の2001年6月に閣議決定した「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」（以下、「基本方針2001」）に、以下の3つの新自由主義的医療改革が盛り込まれました。①株式会社の医療機関経営の解禁、②混合診療（保険診療と自由診療との自由な組み合わせ）の解禁、③医療機関と保険者の直接契約の解禁。

医療・社会保障改革の3つのシナリオ

これに伴い、1990年代までは一枚岩だった政府・体制の医療改革方針は次の2つに分裂しました(4:序章)。①アメリカ型社会と「小さな政府」を理想化し、医療分野にも市場原理を導入し、究極的には国民皆保険制度の解体をめざす新自由主義的改革シナリオ(内閣府の経済財政諮問会議民間議員と規制改革・民間開放推進会議、経済官庁・財界の一部が主導)、②現行の国民皆保険制度の大枠を維持しつつ、公的医療保険の給付範囲と水準を縮小し、医療保障制度を部分的「公私2階建て制度」に再編するシナリオ(厚生労働省が主導)。これに、③国民皆保険制度を維持しつつ、公的医療費の総枠拡大を求めるシナリオ(医師会・医療団体が主張)を加えると、21世紀初頭の日本の医療改革には3つのシナリオがあることとなります。私は、2000年以来、これを「医療・社会保障改革の3つのシナリオ」と呼んでいます【注2】。

なお、私は「3つのシナリオ」説は、医療だけでなく社会保障制度全般(介護、年金、雇用保険・労働衛生、社会福祉・生活保護等)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ますが、本稿では医療改革に分析対象を限定します(2:66)。

新自由主義的医療改革シナリオが登場してきた3つの理由

21世紀初頭に新自由主義的医療改革シナリオが登場してきた理由は以下の3つです(1:54)。①日本の大企業と経済官庁(経済産業省等)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ました。②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ました。③1996年に発生した旧厚生省(以下、厚生省と略す)の2大スキャンダル(葉害エイズ裁判での厚生省の組織的証拠隠しの発覚と岡光・彩グループの「福祉汚職」事件)により、厚生省を指導してきたエリート官僚が大きな打撃を受け、厚

生省の政策立案・実施能力が大幅に弱体化しました。

(2) 新自由主義的医療改革の挫折とその理由

小泉政権の5年半(2001年4月～2006年9月)、特に新自由主義的医療改革の是非をめぐって、政府・体制の内外で、激しい論争が続けられました。しかし、最終的には、「基本方針2001」に含まれていた3つの新自由主義的改革の全面実施は挫折し、以下のような、ごく限定的な部分実施で政府・体制内の妥協が成立しました。

①株式会社の医療機関経営の全面解禁は否定され、政府が認可した「医療特区」で自由診療・高度医療に限定して解禁されましたが、新たに開設されたのは株式会社立診療所1か所だけです。②混合診療の全面解禁は否定され、「保険外併用療養費」導入により混合診療の部分解禁が行われましたが、実質的には従来の特定療養費制度とほとんど変わりません。③保険者と医療機関の直接契約は制度上は解禁されましたが、厳しい条件が付けられたため、直接契約はまったく行われていません。

新自由主義的改革の全面実施が挫折した理由

新自由主義的改革の全面実施が挫折した理由は、大きく分けると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(1:21)。

具体的には、高所得国における医療改革の経験と医療経済学の実証研究で、以下のことが確認されています。①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。②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ですが、私的医療保険は医療利用を誘発し、公的医療費・総医療費が増加します。③保険者機能の強化により医療保険の事務管理費は増加します。

私は、厚生労働省がこの間、新自由主義的医療改革に頑強に反対し続けた最大の理由は、この「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」に気付いているからだ判断しています。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ます。

新自由主義的改革の全面実施が挫折したもう1つの理由は政治的理由で、どんな世論調査でも、平等な医療を支持する国民が圧倒的多数を占めており、混合診療の支持は1～2割に過ぎないことです(2:61)。

これらに加えて、もう1つの政治的理由として、日本では、医師会・病院団体を中心としたすべての医療団体が、新自由主義的改革に一致して反対したことも見落とせません。実は私は、以前は、医療団体が新自由主義的改革に反対するのは「万国共通」だと思っていたのですが、それは誤りでした。日本のお隣の韓国の医療制度は、国民皆保険制度と民間医療機関主体の医療提供制度を持っているという点で日本と非常に似ているのですが、韓国の医師会・病院団体の幹部には、株式会社の医療機関経営(医療法人の株式会社化を含む)や民間保険を利用した保険外診療(日本流に言えば混合診療)の大幅拡大の支持者が少なくないのです。その背景としては、韓国の指導的医師の中にはアメリカ留学経験者

が非常に多く、彼らはアメリカの「自由医療」への憧憬が非常に強いことがあげられるようです。このことは、私が拠点リーダーを務めている日本福祉大学21世紀COE研究プロジェクトの一環として行った日韓医療の比較研究で発見しました。

新自由主義的医療改革シナリオが登場してきた理由も希薄化

しかも、先述した「21世紀初頭に新自由主義的医療改革シナリオが登場してきた理由」は、いずれも、現在では、極めて弱くなっています。

①最近の日本経済の復調により、日本の大企業や経済官庁等の医療・福祉分野への参入意欲は急速に低下しています。②アメリカで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ます。③厚生労働省も安倍政権になってから相当復権し、内閣府（経済財政諮問会議や規制改革会議）や経済官庁が医療政策の立案に介入するのは困難になっています。

（3） 小泉政権の5年半の医療費抑制政策とその帰結

ここで見落としてならないことは、小泉政権の医療改革は新自由主義的改革一色ではなく、伝統的な医療費抑制政策も含まれることです。私は、先述した「基本方針2001」の医療改革案＝（厚生労働省の伝統的改革案＋新自由主義的改革案）÷2と、数式的に(?)表現したことがあります(1:54)。

1980年代以降の伝統的医療費抑制政策の特徴

歴代の自民政権は、1980年代以降一貫して厳しい医療費抑制政策を続けてきました。これが一気に導入された1980年代前半の改革は「第一次保険・医療改革」と呼ばれています。この改革が始まった当時、日本の医療費水準（対GDP比）は、欧米諸国に比べて相当低かったにもかかわらず、それは1980年代にさらに低下しました。そのために、私は、それを「『世界一』世界一の医療費抑制政策」と呼びました(5:2)。最近の医療費増加要因の国際比較研究でも、日本の医療費抑制が突出していることが確認されています(6)。

医療費抑制手法の中心は診療報酬の事実上の凍結と医療機関に対する規制強化でした。当時中曽根政権の推し進めた臨調行革路線は規制緩和を旗印に掲げていましたが、旧厚生省は、医療費抑制のため逆に、一貫して規制強化の政策を採用しました[注3]。

「世界一」厳しい医療費抑制政策の強化

小泉政権は、このような1980年代以降の伝統的医療費抑制政策をさらに強化しました。具体的には、2002年の健康保険法改正による健康保険本人の自己負担率の引き上げ（2割から3割へ）と診療報酬の史上初の引き下げ、および2006年の史上最大の診療報酬引き下げと医療制度改革関連法の成立です。

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、一部では「抜本改革」と呼ばれています。しかし、個々の制度改革は従来の政策の延長上にあり、医療費（正確には公的医療費の伸び率）抑制のため、

医療保険制度と医療提供制度の両面で、規制強化をさらに進めるものです。しかも、新自由主義的医療改革はほとんど含まれていません。そのために、私は同法を「抜本改革」と呼ぶのは不適切だと考えています。

なお、医療経済学的に言えば、医療制度改革関連法の2本柱とされている生活習慣病対策と平均在院日数短縮の医療費抑制効果はまだ証明されておらず、逆にこれらの対策で医療費が増える可能性が大きいと言えます。

厳しい医療費抑制政策の帰結

このような厳しい医療費抑制政策により、日本は医療費水準はG7（主要先進7か国）中最下位だが、患者負担割合は最高という、大変歪んだ医療保障制度を持つ国になりました(7)。医療費水準の指標は2つあるのですが、総医療費の対GDP費は2004年から、1人当たり医療費（購買力平価）はそれよりも2年早い2002年から、G7中最下位になりました。

その結果、国民皆保険制度は周辺から崩れつつあり、まだ数は少ないものの事実上の無保険者も生まれています。さらに、2006年来、救急医療や産科・小児科医療を中心とした医療危機・荒廃が社会問題となり、マスコミでも大きく取り上げられるようになっていきます。私は、これらは1980年代以降四半世紀も継続された世界一厳しい医療費抑制政策と医師養成数抑制政策が小泉政権の「最後の一撃」により臨界点を越えたために生じた、と判断しています。

2 安倍政権の医療政策(8)

(1) 小泉改革の継承と部分的見直し

次に安倍政権の医療政策を検討します。小泉政権を引き継いで2006年9月に誕生し1年後に崩壊した安倍政権は、大枠では、小泉政権の医療費・社会保障費抑制政策を継承しました。例えば、2007年1月25日の臨時閣議で決定した「日本経済の進路と戦略」に、「医療保険については…今後5年間の幅の中で、公的給付の内容・範囲及び負担と給付の在り方、診療報酬や薬剤費の在り方について見直す」ことを盛り込みました。

他面、安倍政権が、ごく部分的にせよ、小泉政権時代の行き過ぎた医療費・介護福祉費抑制政策の見直しを行ったことも見落とせません。主な見直しは以下の4つです。①2006年4月の診療報酬改定で導入されたリハビリテーションの算定日数制限の見直し、②2006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、③2006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、④2006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。

ただし、これらの見直しは安倍首相自身がイニシアティブをとって行ったものではなく、小泉政権が強行した医療・福祉費抑制政策が余りに過酷であったために、その被害者である患者や当事者がやむにやまれず立ち上がり、国民やマスコミの支持と共感を得て勝ち取った「運動の成果」と言うべきです。

(2) 新自由主義改革派の影響力が急速に低下

安倍政権の医療政策で特筆すべきことは、新自由主義改革派の影響力が急速に低下したことです。そもそも安倍首相自身が、「小泉首相は劇薬だが、私は漢方薬」、「残すべき規制改革もある」と、新自由主義的改革路線の軌道修正を図りました。それに伴い、小泉政権時代に新自由主義的改革を推進した経済財政諮問会議と規制改革会議の存在感・影響力は急速に低下しました。

八代尚宏氏の方向転換

この点で注目すべきことは、「ミスター規制改革」と称されていた八代尚宏氏（経済財政諮問会議民間議員）の方向転換です。同氏は、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（「朝日新聞」1999年12月11日朝刊）。

ところが、八代氏は2007年1月に出版した新著『「健全な市場社会」への戦略ーカナダ型を目指して』（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。本書で掲げられているような、…『健全な市場社会』のモデルとしては、カナダが最適である」（22頁）。「アメリカは、先進国のなかでは当然とされている銃の規制や国民全体を対象とした医療保障制度を欠く『特殊な国』であり、あえて現在の日本の将来像と結びつける必要はない」（315頁）。「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」（7頁）。ただし、不毛な議論をしてきたのは八代氏自身です。

私は、八代氏は首相の交代による政策の潮目の変化を察知して、速やかに主張を変えたのだと推察しており、その「変わり身の速さ」には驚かされます。ただし、第6章医療制度改革は八代氏の従来主張の繰り返しで「看板に偽り」ですし、第15章の、アメリカ型に代わる「カナダ型市場社会のモデル」は、まったくの付け焼き刃であり、しかも先行研究の恣意的引用や誤読が目立ちます。そもそも八代氏は、カナダについての独自の研究は全くしていません。ともあれ、この本は、アメリカ型の改革を目指してきた新自由主義派が政策的に破産したことの告白書と言えます。

3 よりよい医療制度をめざして

(1) よりよい医療制度改革を考える上では3つの幻想を捨てる必要がある

三番目に、よりよい医療制度をめざした私の価値判断を述べます。まず私が強調したいことは、よりよい医療制度改革を考える上では、以下の3つの幻想を捨てる必要があることです。

第1の幻想は、「医療制度抜本改革が不可欠」との幻想です。医療制度改革についての国際的・国内的経験に基づけば、医療制度の抜本改革は不可能です。主要先進国で1980年代以降医療制度の抜本改革を実施した国はありませんし、日本も1961年の国民皆保険制度創設以来、抜本改革は一度も行っていません(1:71)。

第2の幻想は、外国の優れた制度・方法を日本に直輸入すれば良いとの幻想です。各国の制度を、その歴史的・社会的条件を無視して、日本に直輸入しようとする人々を「出羽の守」と言います。私は、医療制度改革では、特にアメリカ「出羽の守」とデンマーク「出

羽の守」が有害と考えています。なぜなら、アメリカとデンマークは、良い悪いは抜きにして、それぞれ日本とは全く異なる医療制度を有しており、直輸入はもちろん、部分的輸入も不可能だからです。

克服すべき**第3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。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どころか、人件費も増加することが多いため、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、医療経済学の国際的常識です。

私は、今まで、医療経済・政策学の視点から、医療の質を向上させつつ医療費を抑制できると称するたくさんの改革案を検討してきましたが、それらはすべて「看板に偽りあり」でした。

2007年6月19日に閣議決定された経済財政諮問会議「基本方針2007」の「社会保障改革」の項でも、医療・介護サービスの「質の維持向上を図りつつ、効率化等による供給コストの低減を図る」ための、「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」が提起されています(9)。しかし、医療経済学的には、それに含まれるほとんどの対策は医療費抑制効果がまだ証明されていないか、すでに否定されています。

曲がりなりにも医療費抑制効果が確認されているのは後発医薬品のシェア拡大だけですが、その「コスト削減効果」はごく限定的であり、しかも後発医薬品の使用促進は「革新的新薬の適切な評価」（つまり薬価の引き上げ）とワンセットで「財政中立的」に行われる予定のため、ネットの医療費（医薬品費）削減効果はありません。

（2） 私の医療制度改革の複眼的スタンス

次に、私の医療制度改革の複眼的スタンスについて述べます。

部分改革の積み重ねと公的医療費の増加

私は、日本で可能・必要な医療改革は、日本医療の現実と歴史を踏まえた「部分改革」の積み重ねであると考えています。具体的には、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）を維持した改革です。しかも、その際、「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」ことが不可欠です【注4】。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」で決定された、いわば小泉政権の公約です(1:15)。

このような、改革を進めるためには、「世界一」の医療費抑制政策を転換して、公的医療費の総枠を拡大することが不可欠です。その根拠は、先述したように、日本は、小泉政権の推し進めた厳しい医療費抑制政策の結果、医療費水準は主要先進国（G7）中最下位な反面、患者負担割合は最も高いという、たいへん歪んだ医療保険制度を持つ国になっていることです。ちなみに、八代尚宏氏が最近「モデル」にしているカナダの医療費水準（対GDP比。2004年）は9.8%であり、日本の8.0%より1.8%ポイントも高くなっています。

なお、吉川洋氏（東大教授。経済財政諮問会議民間議員・当時）は、2005年12月に行った私との公開論争で、「国民医療費 [正しくは、総医療費-二木] と公的医療費は

分けて考えなければならない」とした上で、「私は国民医療費を抑制しなければならないと言ったことは一度もない。国民医療費がGDPの伸びを上回って伸びるのは自然、健全、なんの不思議もない」と明言する一方、財政の視点から、国民医療費のうち「公的医療費は抑制しなければならない」と主張し、公的医療費総額の伸び率管理制度や保険免責制の導入を提唱しました。しかし、そのような方策をとると、2025年には国民医療費中の患者負担割合は4～5割に達してしまうため、現実的方策とは言えません(10)。

ここで、私が注意を喚起したいことは、最近強調されている医療安全のための「説明と同意」を人員増なしで強化すると、医療者の負担が増加し、医療の質が逆に低下する危険があることです(今中雄一・他：第1回医療の質・安全学会,2006)。

公的医療費増加の主財源は社会保険料

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、それにたばこ税、所得税と企業課税、消費税の引き上げを組み合わせたことが、妥当だと判断しています(2:69)。具体的には、低所得者に十分に配慮した上で、保険料水準を引き上げるとともに、保険料算定の標準報酬月額上限を大幅に引き上げる必要があると考えます。

社会保険料が医療費増加の主財源であることは、医療政策の実際を熟知している医療経済・政策学研究者や官僚、医療団体幹部の間で、ほぼ共通認識となっています。例えば、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、日本病院会所属のシンポジスト、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ました(11)。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ます(12:86)。

それに対して、医療政策の実際を知らない経済学者や医療関係者の中には、公的医療費増加の主財源として消費税を考えている方が少なくありません。しかし私は、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、および今後重要性が増す少子化対策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しています。国際的にみても、日本の医療保険料(特に企業負担分)は飛び抜けて低くなっています。

ちなみに、厚生労働省は2007年4月に、先進国中最高水準の出生率を誇るフランスの少子化対策を日本でもすべて導入すると10兆6000億円の財源が必要になるとの試算を発表しています(「日本経済新聞」4月10日朝刊)。これは現在の少子化関連費用の3倍近くであり、仮に不足分をすべて消費税で賄うと3%弱の税率引き上げが必要になります。しかし、2007年7月の参議院選挙で自民党が惨敗した結果、消費税引き上げ自体が当面は政治的にきわめて困難になりました。

ただし、以上はあくまで私の「政治判断」であり、理論的に消費税より社会保険料の方が優れていると考えているわけではありません。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ます。

（３） 医療者の自己改革と制度の部分改革

と同時に私は、リアリストとして、医療者が国民やマスコミに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。なぜなら、国民の大多数は良質な医療を平等に受けることを求め、格差医療・混合診療には強く反対している反面、医療者・医療機関に対して強い不信を持っており、医療の質の引き上げに不可欠な公的医療費の総枠拡大には否定的だからです。

そのために、私は、公的医療費の総枠拡大についての国民の理解を得るためには、医療者の自己改革と制度の部分改革が不可欠だと考えています(1:74)。このような私の主張に対して、良心的な医師から、「国民・患者の強い医療不信をそのまま認めすぎている」と批判を受けることもあります。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・医療団体は、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で、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。

このような視点から、私は、2000年以来、個々の医療機関レベルの自己改革としては、次の3つの改革を提唱しています(13)。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・福祉複合体化。

さらに、個々の医療機関の枠を超えたより大きな制度改革としては、次の3つの改革を提唱しています。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。

（４） 敢えて「希望を語る」

このような改革は一見迂遠に見えるため、救急医療や産科・小児科医療を中心とした医師不足・医療危機に直面している医師・医療関係者からは「生ぬるい」と批判を受けることもあります。私自身も、「はじめに」で述べたように、小泉政権が強行した一段と厳しい医療費抑制政策が2006年に臨界点を越え、このままではかつてイギリスが経験したような医療荒廃が生じると危機感を持っています。

と同時に、私は、特に2007年以降、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。

希望は、以下の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専門職団体の自己規律の強化の動き、第2は2006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2007年に入って実施した、小泉政権の医療・介護・福祉抑制策の部分の見直しです。この点について詳しくは、拙論「医療改革—敢えて『希望を語る』」をお読み下さい(14)。

おわりに

もちろん、このような変化は、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。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すべきではありません。

ここで私が強調したいことは、安倍政権による小泉政権の医療改革の部分的見直しは、2007年に入ってから、政界や法曹界、さらには社会全体で生じている小泉政権のさまざまな「構造改革」の見直しと軌を一にしていることです。2007年7月の参議院選挙での自民党の惨敗と参議院での与野党逆転、および9月の安倍政権崩壊・福田政権の誕生により、希望の芽がさらに大きくなった、と私は判断しています(15)。

注

[1] 新自由主義的医療改革の3つの柱と経済戦略会議「最終答申」

日本では、新自由主義的医療改革は、本格的には1990年代後半から提唱されるようになりました。それには、次の3つの柱があります。①国民皆保険・皆年金制度を解体し、民間保険(マネジドケア)中心の制度に切りかえる。②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。③株式会社による医療・福祉施設経営の自由化(4:8)。

新自由主義的医療改革方針が政府関連文書で最初に登場したのは、経済戦略会議(小渕首相直属の諮問機関。経済財政諮問会議の前身)の「最終答申」(1999年2月)で、これには国民皆保険制度の解体を意味する「日本版マネジドケア」の導入をはじめ、これら3つの柱の新自由主義的改革方針がすべて含まれていました。ただし、これは閣議で報告されたにすぎず、しかもその後店ざらしにされました(4:9)。それに対して、経済財政諮問会議「基本方針2001」は閣議決定され政府の公式文書となりましたが、経済戦略会議「最終答申」に比べて、新自由主義的改革方針は薄まっており、「日本版マネジドケア」の導入も含まれていません。

[2] 「3つのシナリオ」説と「2つのシナリオ」説の違い

政府・体制内の改革方針の分裂に注目する「3つのシナリオ」説に対して、左派系研究者(実は私も左派ですが)や運動団体の間では、政府・厚生労働省が一体的に新自由主義的改革(医療の営利化・市場化)を進め、それと国民・患者が対峙しているとする「2つのシナリオ」説が根強く見られます。例えば、横山寿一氏は、営利企業の医療分野への「参入解禁をはじめとする医療の市場化政策」=「規制緩和が国策として位置づけられ、それを錦の御旗としたあらゆる社会的規制の見直しにお墨付きが与えられてきた」と主張していますが、医療費抑制というもう1つのより大きな「国策」を見落としています(16)。私は、医療費抑制(上位)と医療の営利化・市場化(下位)という2つの「国策」の存在・対抗を見落とした「2つのシナリオ」説では、新自由主義的改革が挫折した理由を理論的に説明できないだけでなく、新自由主義的改革に対抗する運動の幅も狭くしてしまうと判断しています(1:93)。

[3] 新川敏光氏の日本型福祉社会論＝新自由主義説への疑問

新川敏光氏は、1980年代の福祉見直し政策の理論的基礎とされた「日本型福祉社会論は、典型的な新自由主義宣言に他ならない」、「日本的な新自由主義的イデオロギー」と位置づけられ、しかもそれが「決定的に破綻するのは90年代後半である」と主張されています(17:108,242,308)。しかし、少なくとも当時の医療政策には新自由主義的イデオロギーはほとんど見られませんし、それが90年代後半に破綻したのだとしたら、小泉政権の下で新自由主義的医療・社会保障改革方針が登場したことも説明できません。現実にも、新川氏の

小泉政権の医療政策分析では、それを分析する際に不可欠な新自由主義という用語が1回も登場しません(16:第2篇第4章)。私も、日本型福祉社会論は90年代後半に破綻したと理解していますが、日本型福祉社会論＝「新自由主義的イデオロギー」とするのは無理があると思います。

[4] 公的医療保障の給付水準をめぐる論争：「最適水準」説対「最低水準」説

公的医療保障（保険）の給付水準については、「最適水準」説と「最低水準」説との対立があります（厳密には、一部の社会保障研究者や運動団体は「最高水準」説を主張していますが、現実的影響力はほとんどありません）。「最適水準」説とは、公的医療保険給付が「必要な最適量の医療を保障する」とするものであり、国内外の社会保障研究者の通説です（日本で初めてこれを主張したのは藤澤益夫氏）。それに対して、「最低水準」説は、医療分野への市場原理導入を目指す新自由主義派が主張しています。2004年9～12月に小泉政権の内外で激しく闘われた混合診療の全面解禁論争の本質は、このような公的医療保障の給付水準についての理念の対立です(18)。

引用文献

（文献後のNLは「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」の略。いのちとくらし非営利・協同研究所のホームページ上に転載：<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>）

- (1) 二木立『医療改革と病院』勁草書房,2004.
- (2) 二木立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006.
- (3) 二木立「無理な医療費抑制で医療と病院は崩壊寸前」『週刊東洋経済』2006年10月28日号：108頁.
- (4) 二木立『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房,2001.
- (5) 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.
- (6) White C: Health care spending growth: How different is the United States from the rest of the OECD? Health Affairs 26(1):154-161, 2007.
- (7) 二木立「日本の医療費水準は主要先進国中最下位なことが確定」『文化連情報』355号:32-33, 2007. (NLNo. 37)
- (8) 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号:46-48, 2007. (NLNo. 33)
- (9) 二木立「『基本方針2007』と『規制改革推進3か年計画』を読む」『文化連情報』353号:28-32, 2007. (NLNo. 36)
- (10) 二木立「『より悪い医療制度にしないために』－経済財政諮問会議民間議員吉川洋氏との公開ディベートから」『文化連情報』334号:32-36,2006. (NLNo.17)
- (11) 田中滋・向井尚紀・武田俊彦・三上裕司・石井暎禧・二木立「(シンポジウム) 国家財政と今後の医療政策」『日本病院会雑誌』53巻7号,2006.
- (12) 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.
- (13) 二木立『介護保険と医療保険改革』勁草書房,2000,122頁.
- (14) 二木立「医療改革－敢えて『希望を語る』」『日本医事新報』4335号:77-80,2007. (NLNo.34)
- (15) 二木立「福田政権の医療政策の方向を読む」『文化連情報』357号:30-32,2007. (NL

No.39)

(16) 横山寿一『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社,2003,73頁.

(17) 新川敏光『日本型福祉レジームの発展と変容』ミネルヴァ書房,2005.

(18) 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巻2号:87-92,2005. (NLNo.6)

[本稿は、2007年10月14日に京都市・龍谷大学で開催された社会政策学会第115回大会共通論題「社会保障改革の政治経済学」での同名の報告に一部加筆したものです]