

2006年医療制度改革と医療への市場原理導入の課題

芝田 英昭*

本稿は、2006年通常国会に提案され可決・成立した医療制度改革関連法が、医療制度に混合診療や市場原理の導入を図るものであり、1962年以降皆保険体制を維持してきた日本の医療保険制度を抜本的に改革する可能性があることから、その詳細を分析することでどのような課題があるのかを示したものである。そもそも、日本の医療制度が抜本的改革を図らなければならない水準にあるのかをOECD諸国との比較を行うことで明確にし、同法の分析を行った。また、混合診療の提案がどのような背景によってなされ、いかなる問題を引き起こすのか、さらに、医療への市場原理導入が国民に及ぼす影響を推察することで、同法案の問題点を明らかにした。加えて、先進国で唯一医療制度を市場原理の下で運営しているアメリカの医療現状を参照することで、医療制度に市場原理を導入することの不当性も示した。

キーワード：皆保険、保険証、医療の市場化、規制緩和、高齢者医療制度、医療法人

はじめに—日本の医療の質と水準

2002年の健康保険法等の改正に際して、医療制度の抜本改革の議論がなされた。これを踏まえて2005年3月に「医療制度改革の基本方針」が閣議決定され、診療報酬体系に関しては改定ごとに見直しを図り、新たな高齢者医療制度創設及び保険者の再編・統合を2008年度を目処に実現することとされた。また、2005年6月の「骨太の方針2005」（閣議決定）では、「医療費の適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、達成のための必要な措置を講ずる」として、2005年10月19日に「医療費の適正化等を推進する」¹⁾ ため厚生労働省内に「医療構造改革

推進本部」が設置された。同日第1回会合において同省から「医療保険制度構造改革試案」（資料—1）が示され、これを基に政府・与党は2006年2月10日、医療制度改革関連法案を閣議決定し同日通常国会に提出した。その後、同法案は2006年6月14日可決・成立した。

しかし、そもそも現在日本の医療が「抜本改革」や「医療費の適正化」を行わなければならない水準にあるのであろうか。OECDの調査結果を基に主要9カ国を比較してみると、日本の医療水準がいわゆる効率的で高い質を維持していることが窺える。それは、平均寿命が1990年代以降第1位（表—1）で、また新生児死亡率が最も低い値（表—2）となっていることから理解できる。

また、1人あたりの年間の受診回数が14.4回（表—3）とずば抜けて高く、医療へのアクセ

*立命館大学産業社会学部教授

資料—1 医療構造改革厚労省試案の概要

●医療費の伸びの抑制

1. 中長期的対策として医療費適正化計画（5年計画）において、政策目標を掲げ、医療費を抑制

(1)生活習慣病の予防の徹底：医療保険者に対し健診・保健指導の実施を義務づけ

〈政策目標〉

生活習慣病患者・予備群を25%減少させる（2015年度）

(2)平均在院日数の短縮：在宅医療の促進、病床転換等

〈政策目標〉

全国平均（36日）と最短の長野県（27日）との差を半分に縮小（2015年度）

→これからの政策の効果としての医療費削減額も計画に明記

○3年目に検証し、政策を強化するとともに、達成状況に応じた都道府県・医療保険者の負担の特例、診療報酬の見直し等の措置を講じ、取り組みをさらに強化

2. 短期的対策

(1)公的医療保険の給付範囲の見直し

①高齢者の患者負担の見直し（現行：70歳未満3割、70歳以上1割（ただし現役並の所得者2割）

ア2006年度から現役並の所得の70歳以上の者は3割負担

イ2008年度から更に高齢者の負担を見直し

前期高齢者（65～74歳）2割負担、後期高齢者（75歳以上）1割負担（現行通り）

*高齢者の患者負担の別案あり

前期・後期高齢者とも2割負担（ただし、後期高齢者の低所得者は1割負担）等

②療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担の引き上げ等

→1. 及び2. (1)によって、医療給付費の伸びを2025年度に56兆円から49兆円に削減（対GDP比：7.7%から6.7%へ）

(2)診療報酬の適正化

3. これらの方策を今後検討し、年末までに具体的対策を決定

○この他、経済財政諮問会議等の提案についても、医療費削減効果を機械的に試算

●医療保険制度体系の見直し

1. 都道府県単位の保険者の再編・統合

～保険者機能の強化—都道府県ごとの医療費水準と保険料水準の連動—

(1)政管健保：保険者として国から独立した公法人を設立し、都道府県単位で財政運営

(2)市町村国保：都道府県単位での広域化を推進

2. 新たな高齢者医療制度の創設

～負担の公平化・透明化を通じた負担について納得しやすい仕組み～

(1)独立した「後期高齢者医療制度」（75歳以上）の創設

・運営主体は市町村。国、都道府県、医療保険者が重層的に支える

・高齢者保険料1割、医療保険者からの支援金4割、公費5割

(2)前期高齢者（65～74歳）は被用者保険との財政調整により国保の負担を軽減

(3)高齢者の生活の質（QOL）を重視した医療サービスを提供

3. その他

(1)いわゆる「混合診療」への対応

(2)中医協の委員構成等の見直し

(3)ITの活用による効率化

表－1 平均寿命

国名	2003年		1990年	
	順位	平均寿命	順位	平均寿命
日本	1位	81.8歳	1位	78.9歳
スイス	2	80.4	3	77.4
スウェーデン	3	80.2	2	77.6
フランス	4	79.4	4	76.9
ニュージーランド	5	78.7	6	75.4
イギリス	6	78.5	5	75.7
ドイツ	7	78.4	8	75.2
アメリカ	8	77.2	7	75.3
韓国	9	76.9	9	71.0
平均		77.5		77.2

出典：OECD “Health Data 2005”（2005年10月5日）の数値を筆者が加工し作成した。

註：・順位はOECD加盟国30カ国中主要9カ国のもの。
・2003年は、数値のある30カ国の平均。
・1990年は、数値のある30カ国の平均。

表－2 1000人当たりの新生児死亡者数

国名	2003年		1990年	
	順位	死亡者数	順位	死亡者数
日本	1位	3.0人	1位	4.6人
スウェーデン	2	3.1	2	6.0
フランス	3	3.9	5	7.3
ドイツ	4	4.2	4	7.0
スイス	5	4.3	3	6.8
イギリス	6	5.3	6	7.9
ニュージーランド	7	5.6	7	8.4
アメリカ	8	7.0	8	9.2
韓国	—	—	9	12.0
平均		4.4		7.8

出典：OECD “Health Data 2005”（2005年10月5日）の数値を筆者が加工し作成した。

註：・順位はOECD加盟国30カ国中主要9カ国のもの。
・2003年は、数値のある30カ国の平均。
・1990年は、数値のある29カ国の平均。

スが良いことも窺える。これは、1962年以降の皆保険体制の下、「保険証」さえあれば何時でも何処でも医療機関にかかる自由度の高さの

表－3 年間1人あたりの受診回数

国名	受診回数	
国名	順位	回数
日本	1位	14.4回
アメリカ	2	8.9
ドイツ	3	7.3
フランス	4	6.9
イギリス	5	5.4
スウェーデン	6	2.8

出典：OECD “Health Data 2005”（2005年10月5日）の数値を筆者が加工し作成した。

註：・順位はOECD加盟国30カ国中のもの。

証でもある。

アメリカが平均寿命が低く新生児死亡率が高いのは、医療に市場原理を導入しているからであると考えられる。ちなみにアメリカでは、公的医療保険 Medicare（高齢者）および公的医療扶助 Medicaid（低所得者）はあるが、国民のわずか15%しかその恩恵にあずかっておらず、国民の約7割は個人的に民間医療保険に加入するか、会社単位で民間医療保険に加入するしかない。また、国民の約15%は公私いずれの保険にも加入していない。

国内総生産に占める医療費の割合（表－4）を見ると、アメリカが15%と異常に高いことが窺える。さらに、1人あたりの医療費（表－5）も2位のスイスより約2000ドルも高く日本の2倍以上である。これは「医療の自己責任、市場化」が、経済的にも非効率であることを示しているといえる。逆に、日本が少ない医療費で、高い医療成果を上げていることが理解できる。

なぜ効率的に医療が供給できているのかをみると、医療費全体に占める税金と保険料の割合（表－6）が高いことが窺える。上位4カ国のスウェーデン、日本の医療制度が社会保険制度

表－4 GDPに占める医療費の割合

国名	2003年		1990年	
アメリカ	1位	15.0%	1位	11.9%
スイス	2	11.5	5	8.3
ドイツ	3	11.1	3	8.5
フランス	4	10.1	2	8.6
スウェーデン	5	9.4	4	8.4
ニュージーランド	6	8.1	6	6.9
日本	7	7.9	8	5.9
イギリス	8	7.7	7	6.0
韓国	9	5.6	9	4.5
平均	8.4		6.8	

出典：OECD “Health Data 2005”（2005年10月5日）の数値を筆者が加工し作成した。

註：・順位はOECD加盟国30カ国中主要9カ国のもの。
・2003年は、数値のある30カ国の平均。
・1990年は、数値のある29カ国の平均。

表－6 医療費全体に占める税金と保険料の割合

国名	2003年		1990年	
スウェーデン	1位	85.2%	1位	89.9%
イギリス	2	83.4	2	83.6
日本	3	81.5	4	77.6
ニュージーランド	4	78.7	3	82.4
ドイツ	5	78.2	6	76.2
フランス	6	76.3	5	76.6
スイス	7	58.5	7	52.4
韓国	8	49.4	9	36.8
アメリカ	9	44.4	8	39.6
平均	72.5		73.3	

出典：OECD “Health Data 2005”（2005年10月5日）の数値を筆者が加工し作成した。

註：・順位はOECD加盟国30カ国中主要9カ国のもの。
・2003年は、数値のある29カ国の平均。
・1990年は、数値のある28カ国の平均。

表－5 年間1人あたりの医療費（USドル）

国名	2003年		1990年	
アメリカ	1位	5635ドル	1位	2738ドル
スイス	2	3781	2	2033
ドイツ	3	2996	3	1748
フランス	4	2903	5	1568
スウェーデン	5	2703	4	1579
イギリス	6	2231	8	986
日本	7	2139	6	1115
ニュージーランド	8	1886	7	995
韓国	9	1074	9	377
平均	1303		1163	

出典：OECD “Health Data 2005”（2005年10月5日）の数値を筆者が加工し作成した。

註：・順位はOECD加盟国30カ国中主要9カ国のもの。
・2003年は、数値のある30カ国の平均。
・1990年は、数値のある29カ国の平均。

で維持されており、また、イギリス、ニュージーランドはいわゆる税によって国民保健サービスが実施されている国である。このことから

も、医療において税や保険料の投入の多さが医療の質を高め国民の健康維持に繋がっているのではなかろうか、と推察できる。

ただイギリスの場合、GDPに占める医療費の割合をみると、1990年は第7位であったが2003年には日本より低い8位に転落している。イギリスはサッチャー政権下で1980年代以降「小さな政府」を指向し、医療費の抑制にも取り組んできた。また、その後の政権も同様の施策を講じてきた。その結果、2001年度で一般の入院待機患者は104万人に達し、緊急の手術が必要とされたにもかかわらず4カ月以上も待たされたがん患者がいることも報道されている²⁾。

そのような中、ブレア政権は医療費抑制策の誤りを認め、2003年から5年間で医療費予算の1.4倍への引き上げを実施中である³⁾。

いわゆる2006年医療制度「改革」関連法は、医療供給体制に係わって「医療法等の一部を改

表－7 人口1000人あたりの開業医数（歯科医含む）

国名	2003年		1990年	
	1位	3.6人	2位	2.9人
スイス	1位	3.6人	2位	2.9人
フランス	2	3.4	1	3.1
ドイツ	2	3.4	3	2.8
スウェーデン	3	3.3	2	2.9
アメリカ	4	2.3	5	1.8
ニュージーランド	5	2.2	4	1.9
イギリス	5	2.2	7	1.6
日本	6	2.0	6	1.7
韓国	7	1.6	8	0.8
平均	2.9		2.3	

出典：OECD “Health Data 2005”（2005年10月5日）の数値を筆者が加工し作成した。

注：・順位はOECD加盟国30カ国中主要9カ国のもの。
・2003年は、数値のある30カ国の平均。
・1990年は、数値のある28カ国の平均。

表－8 人口1000人あたりの看護師数

国名	2003年		1990年	
	1位	10.7人	—	—
スイス	1位	10.7人	—	—
スウェーデン	2	10.2	2位	9.2人
ドイツ	3	9.7	—	—
ニュージーランド	4	9.1	1	9.3
イギリス	4	9.1	3	7.8
アメリカ	5	7.9	4	7.2
日本	6	7.8	5	5.8
フランス	7	7.3	6	5.6
韓国	8	1.7	—	—
平均	8.0		6.7	

出典：OECD “Health Data 2005”（2005年10月5日）の数値を筆者が加工し作成した。

注：・順位はOECD加盟国30カ国中主要9カ国のもの。
・2003年は、数値のある30カ国の平均。
・1990年は、数値のある22カ国の平均。

正する法律」と、医療保険に係わる「健康保険等の一部を改正する法律」に分かれる。

1 医療法等の一部を改正する法律の概要と問題点

1) 広告規制の見直しは、医療「市場化」への第一歩

今回医療法の改正で、いわゆる「医療に関する広告規制の緩和」が図られることとなる。具体的には、医療法改正法第6条の3で「病院、診療所又は助産所の管理者は、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報⁴⁾を都道府県知事に報告し、当該病院等で閲覧できるようにしなければならないとしている。また、同法第6条の5及び第6条の7に関連して「医療等に関連して広告できる事項を拡大する⁵⁾」としている。

患者やその家族が、医療に関して様々な情報

を得ることは大切なことである。しかし、医療において「広告規制が緩和」されれば、広告できる経営力のある医療機関とそうでない医療機関など、広告情報に差がでてくる恐れがある。また、広告費に多くを費やすことで、本業の医療がおろそかになる可能性もある。つまり、医療機関の収入の基礎となる「診療報酬」に広告費は反映されておらず、必然的に限られた収入から「広告費」を捻出することになり、医師や看護師などの人件費を削減し医療の質を落とす可能性も否めない。また、広告費のために、保険外負担（食費やホテルコスト）を高くし埋め合わせることになる可能性があり、そうなれば、「医療を受ける者が病院等の選択を適切に行う」どころか、高額な負担を強いられるため、医療を受けることすら諦める低所得者も現れてくるであろう。医療は、単なる市場で購入できる商品とは違い、誰しもが自由にどこでも必要なときに「受診できること」が原則であ

資料—2 医療法等の一部を改正する法律の概要

1. 患者等への医療に関する情報提供の推進
 - ・患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるように支援する。
 - ・広告規制の見直しによる広告できる事業の拡大。
2. 医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進
 - ・医療改革を通じ、がん対策、脳卒中对策、小児救急対策などの主要な事業ごとに医療連携体制を構築することによって、医療機関相互の連携の下で、適切な医療サービスが切れ目なく提供され、早期に在宅生活に復帰できるようにする。
3. 地域や診療科による医師不足問題への対応
 - ・へき地等の特定地域、小児科、産科などの特定の診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療従事者の確保策を強化する。
4. 医療従事者の資質の向上
 - ・安心・安全な医療を提供し、国民の医療に対する信頼を確保するため、行政処分を受けた医師等への再教育制度の創設等、医療従事者の資質の向上に向けた取り組みを推進する。
 - ・看護師、助産師等について、現行の業務独占規定に加え、名称独占規定を設ける等必要な措置を講じる。
 - ・外国人看護師、救急救命士等についても、医師、歯科医師と同様に、臨床修練制度の対象とする。
5. 医療法人制度改革
 - ・非営利性の徹底を通じた医療法人に関する国民の信頼の確立。
 - ・「官から民への流れ」、「イコールフットリング」をふまえ、従来公立病院等が担ってきた医療を民間の医療法人が積極的に担うよう推進。
 - ・医療計画に位置づけられたへきち医療、小児救急医療等を担うべき新たな医療法人類型「社会医療法人」創設する。
6. 有床診療所に対する規制の見直し
 - ・有床診療所のこれまで果たしてきた役割や今日提供している医療の状況等を踏まえ、48時間の入院期間制限規定を廃止する。
 - ・上記規定の廃止に伴い、患者の緊急時に対応する体制確保の義務づけや医療従事者の配置等の情報開示を行わせるとともに、医療計画の基準病床数制度の対象とする。
7. その他
 - ・施設規制法の性格が強い現行の医療法を、患者の視点に立ったものとなるよう、目的規定及び全体的な構造の見直しを行う。
8. 施行期日は、2007年4月1日を基本とするが、有床診療所の見直しは、2007年1月1日。医師、薬剤師、看護師等の再教育の義務化、行政処分の類型の見直し等は、2008年4月1日。

出典：厚生労働省「良質な医療を提供する体制の確保の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案について」2006年2月7日より、筆者作成。

る。それが、「広告規制の緩和」によって「一般の商品」であるかのように国民に認識させることで、「医療の市場化」を推し進める第一歩の礎を築こうとしているといえる。

2) 医療費削減のための在院日数の短縮化

「医療法等改正法律案要綱」は、早期に在宅生活に復帰できるようにするとし、また医療法改正法では「病院又は診療所の管理者は、居宅

等において医療を提供し、又は居宅等における医療の提供に関し必要な支援を行うように努めるものとする」と（医療法改正法第30条の7第2項関係）としている。確かに、日本の平均在院日数は36.4日と先進国の中では飛び抜けて長い⁶⁾。これらを含めて、都道府県は「医療計画」を作成し「達成すべき目標を定めるとともに、少なくとも5年ごとに、目標の達成状況等の調査、分析及び評価」（医療法改正法第30条

の4第2項及び第30条の6関係)しなければならぬとしている。加えて、2005年10月19日に厚生労働省が示した「医療制度構造改革試案」では、「中長期的対策として医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費を抑制」⁷⁾ するとして、「医療費適正化計画」と露骨に医療費の削減を表明した。また、「健康保険法等の一部を改正する法律」では「高齢者の医療の確保に関する法律」として、「医療費適正化計画」を位置づけた⁸⁾。さらに同試案では「平均在院日数の短縮：在宅医療の促進、病床転換等〈政策目標〉全国平均36日と最短の長野県27日との差を半分に縮小(2015年度)」⁹⁾と平均在院日数を2015年までに33日までに短縮するとしている。しかし、医療費を削減するために「在院日数を削減する」根拠は国民の理解を得られるとは思えない。先述のように日本の医療費は先進諸外国に比べ決して高くはないし、それどころか経済的にも効率的であることは既に証明されている。

3) 医療法人種別の簡素化、収益事業の拡大

現在医療法人は、財団医療法人、社団医療法人の2種類があり、その中に特定医療法人と特別医療法人が存在する構造となっている。医療法改正法では、それを、財団医療法人、社団医療法人、社会医療法人(医療法人のうち、都道府県の認定をうけて「社会医療法人」と位置づけられる)の3種類にするとしている¹⁰⁾。2004年度において、社団医療法人は3万8351法人、財団医療法人は403法人、合計3万8754法人、その内、特定医療法人が362法人、特別医療法人が35法人(表-9)となっている。

旧医療法(第42条)では、医療法人が病院、診療所又は介護老人保健施設の業務に支障ない

表-9 医療法人の種類と法人数

法人種類	法人数	内、特定医療法人	内、特別医療法人
社団医療法人	38351法人	362法人	35法人
財団医療法人	403法人		
合計	38754法人	362法人	35法人

出典：厚生労働省、2004年度資料より筆者作成。

限り行える業務は、「医療関係者の養成又は再教育」「医学又は歯学に関する研究所の設置」「医療法第39条第1項に規定する診療所以外の診療所の開設」「疾病予防のために有酸素運動を行わせる施設」「疾病予防のために温泉を利用させる施設」「保健衛生に関する業務」「社会福祉法第2条第3項第2号から第7号に掲げる事業の実施」の7事業のみとされているが、医療法改正法ではこれらに加え「有料老人ホームの設置等」¹¹⁾を追加した。したがって、現在「特別医療法人」35法人にしか認められていない収益事業が、実質的に全医療法人に認められることになる。いわば、本業の医業経営の不安定さを収益事業でカバーさせるものであり、本末転倒と言わざるを得ない。

また医療法改正法では、特定医療法人・特別医療法人を廃止し、社会医療法人に転換としている。特定医療法人、特別医療法人の相違は、根拠法、承認・認可機関、法人税率、差額ベッド要件、自己資本比率、収益事業の可否(表-10)、などであるが、新たに創設する社会医療法人は、「都道府県」が認定し、「その収益を当該社会医療法人が開設する病院、診療所又は介護老人保健施設の経営に充てることを目的として、厚生労働大臣が定める業務(収益事業)を行うことができるものとする」¹²⁾としていることから、実体的には特別医療法人を拡大することが狙いである。仮に特定医療法人・特

表-10 特定医療法人と特別医療法人の相違点

項目 \ 種別	特定医療法人	特別医療法人
種別要件	財団または出資持分のない社団	同左
根拠法	租税特別措置法第67条の2	医療法第42条第2項
承認・認可機関	国税庁長官	都道府県知事
法人税率	22%	30%
差額ベッド要件	全病床の30%以下	なし
自己資本比率	20%以上	30%以上
収益事業	できない	できる（全収益の20%以内）

出典：厚生労働省資料より筆者作成。

別医療法人総てが社会医療法人に移行したとすれば、現在、特別医療法人（35法人）だけにしか認められていない「収益事業」（表-11）が、一気に10倍以上の法人に拡大することになる。

また表-11（特別医療法人が行うことができる収益事業）からも理解できるように、収益事業は多岐にわたっており、「企業的」色彩が強いつつと言わざるを得ない。これらを行える医療法人が拡大することは、医療法人に将来「株式会社」が参入できる素地を作るものだといえる。それは、債券の発行からもうかがい知れる。医療法改正法では、社会医療法人が「社会医療法人債」¹³⁾を発行できるとしており、さらに同法第54条の8では「社会医療法人債は、担保付社債信託法で定める社債とみなす（傍点筆者）」¹⁴⁾としている。社債とは、株式会社等が資金調達のために発行する確定利付きの債務証券で、発行時に決められた一定の利子を償還期限まで年々確実に支払うものであり、旧医療法第54条が禁止していた「剰余金の配当」に相当する。これは、社会医療法人に株式会社と同じ仕組みを持ち込むものである。現に、2004年5月の構造改革特区法の改正によって、特区での株式会社による医療機関の経営が認められた。2005年

神奈川県が全国で初めて「医療特区」を内閣府に申請し、株式会社バイオマスターが医療特区の認定を受けた。同社は2006年度中に「高度美容医療」を行う診療所開設を計画している。

4) 臨床修練の対象者の追加は、将来の外国人看護師等の就労拡大の第一歩

現在、外国人の医療に関する知識及び技能の修得、いわゆる「臨床修練」は、厚生労働大臣の認可を受けた医師及び歯科医師にしか認められていないが、今回「外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律」において、「新たに外国において助産師、看護師、歯科衛生士、診療放射線技師、歯科技工士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、言語聴覚士又は救急救命士に相当する資格を有する者」¹⁵⁾が追加されたことで、医療関連技術者のほとんどがその対象者となる。許可の有効期限は1年を超えてはならないとしているが、十分な議論のないままこの法が成立したため、将来的には歯止めが掛からなくなり、外国人看護師等の就労の突破口となる可能性が高い。

表-11 特別医療法人が行うことができる収益事業

種 類	業務内容	具 体 例
農 業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 耕種農業 ・ 畜 産 ・ 園芸サービス 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 野菜・果樹作農業 ・ 作業療法の一環として行い、収穫した作物、牛乳等を販売する ・ 酪農業、養鶏業 ・ 患者が植樹、手入れをした病院内の庭園を外部に開放して入園料を収受する
漁 業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 海面養殖業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 給食材料の調達・販売
製造業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 物品製造業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護用品、医療用物品の製造 ・ 病院、介護施設におけるノウハウを活かした介護用品、医療用品の製造
情報通信業	<ul style="list-style-type: none"> ・ ソフトウェア業 ・ 情報処理・提供サービス事業 ・ 出版業 ・ ニュース供給業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院内のシステム構築及び設計のコンサルティング業務 ・ 電子カルテの情報管理、アドバイス業務 ・ 患者データの管理業務 ・ 医療技術の情報提供 ・ 院内危機管理の受託 ・ 院内情報誌の出版 ・ パンフレットの作成 ・ 医療ニュースの作成
運輸業	<ul style="list-style-type: none"> ・ タクシー業 ・ 貸し切りバス業 ・ 集配運送業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院、介護保険施設から患者自宅までの送迎サービス ・ 企業の集団健康診断のための送迎サービス（バス内で健康診断を行う） ・ 自宅患者の生活必需品を宅配し、併せて健康管理を行う
卸売・小売業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療用具、介護用具の販売 ・ 食品販売業 ・ 医療用器機器具卸売業 ・ 寝具卸売業 ・ 医薬品卸売業 ・ 医薬品小売業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ コンタクトレンズ、万歩計、紙おむつ、癒し系CDの販売 ・ 病院内給食施設で製造するお惣菜等の販売 ・ 一般用薬品及び医療用品の小売販売、調剤薬局 ・ 診療所、病院に対する医薬品販売
不動産業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不動産賃貸業 ・ 不動産仲介業 ・ 貸家業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 有料老人ホーム用建物を運営法人へ賃貸 ・ 病院に隣接する貸別荘の賃貸 ・ 医療法人の遊休施設による駐車場業 ・ タワーパーキングによる駐車場管理業 ・ 老人向け賃貸マンションの経営
飲食店、宿泊業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食堂、レストラン、バー ・ 宿泊業 ・ リゾートクラブ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内食堂の経営 ・ 喫茶店の経営 ・ 病院隣接の高級ホテルの経営 ・ 温泉旅館の経営 ・ リゾートクラブ内に医療施設を建設する
医療福祉	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療術業 ・ 医療に付帯するサービス業 ・ 健康相談施設 ・ その他の保健衛生、児童福祉事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 温泉療法・視力回復センター ・ アイバンク、腎バンク、骨髄バンク、衛生検査所、滅菌業 ・ 検疫所 ・ 検査業、消毒業 ・ 保育所、託児所、児童相談施設、母子生活支援施設、知的障害児施設、母子福祉センター

医療福祉	<ul style="list-style-type: none"> ・老人福祉・介護事業 ・障害福祉事業 ・その他の社会保険・社会福祉・介護事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・グループホーム，有料老人ホーム，ケアハウス ・身体障害者更正施設，身体障害者福祉ホーム ・知的障害者援護施設 ・精神障害者生活訓練施設 ・更正保護施設，社会福祉協議会，医薬品副作用被害救済，研究新興調査機構，婦人相談所
教育，学習支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・特殊教育諸学校 ・幼稚園 ・専修学校，各種学校 ・社会教育 ・職業・教育支援施設 ・教育技能授業，学習支援業 	<ul style="list-style-type: none"> ・盲学校，ろう学校，養護学校 ・理容・美容学校，医療従事者養成専門学校， ・医学専門予備学校 ・医学専門図書館，通信教育による医学指導 ・診療報酬請求業務の教授，児童自立支援施設 ・スイミングスクール他スポーツ教室 ・管理栄養士による料理教室 ・フィットネスクラブ ・歯科衛生士養成所
サービス業	<ul style="list-style-type: none"> ・建築設計業 ・経営コンサルティング業 ・広告制作業 ・学術・開発研究機構 ・洗濯・理容・美容・浴場業 ・その他生活関連サービス業 ・娯楽業 ・廃棄物処理業 ・物品賃貸業 ・広告業 ・その他の事業サービス 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設（病院，老健）の設計，建築コンサルティング業 ・病院他医療施設のコンサルティング業 ・病院広告の作成 ・医学・薬学研究所 ・リネンサプライ業，寝具貸付，エステティック業 ・旅行業，旅行代理業 ・家事サービス事業 ・物品預かり業 ・火葬・墓地管理業 ・冠婚葬祭業 ・結婚相談所，結婚式場業 ・映画館，劇場，ゴルフ場，テニス場他スポーツ施設提供業 ・テーマパーク ・し尿収集運搬業，浄化槽清掃・保守点検業務，ごみ収集運搬業，ごみ処分業，産業廃棄物処理業 ・総合リース業 ・医療機関の広告代理業 ・治験業務 ・商品検査業 ・民間職業紹介業，ビルメンテナンス業，警備業

出典：厚生労働省資料より筆者作成

2 健康保険法等の一部を改正する法律の概要と問題点

1) 保険外負担の拡大と実質的な「混合診療」の解禁

旧健康保険法第63条第1項において「療養の

給付」が規定されており，同条第2項では入院時の食材費である「食事療養」と，特別の病室の提供いわゆる室料差額等の「選定療養」（保険導入を前提としないもの）を，療養の給付に含まないとしている。しかし，「健康保険法の一部改正法」では，療養の給付に含まないものとして，上記の2つに加え，療養病床に入院す

資料一 健康保険法等の一部を改正する法律の概要

(趣旨)

国民皆保険を堅持し、将来にわたり医療保険制度を持続可能なものとしていくため、「医療制度改革大綱」(2005年12月1日政府・与党医療改革協議会決定)に沿って、医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合等所要の措置を講ずる。

(骨子)

1. 医療費適正化の総合的な推進

- (1)生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための医療費適正化計画の策定(2008年4月)
- (2)保険給付の内容・範囲の見直し等・現役並みの所得がある高齢者の患者負担の見直し(2割→3割)、療養病床の高齢者の食費・住居費の見直し(2006年10月)
- (3)介護療養型医療施設の廃止(2012年4月)

2. 新たな高齢者医療制度の創設(2008年4月)

- (1)後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度の創設
- (2)前期高齢者(65歳～74歳)の医療費に係る財政調整制度の創設

3. 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合

- (1)国保財政基盤強化策の継続(2006年4月)、保険財政強度安定化事業(2006年10月)
- (2)政官健保の公法人化(2008年10月)
- (3)地域型健保組合の創設(2006年10月)

4. その他 中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止等所要の見直し(2007年3月)等

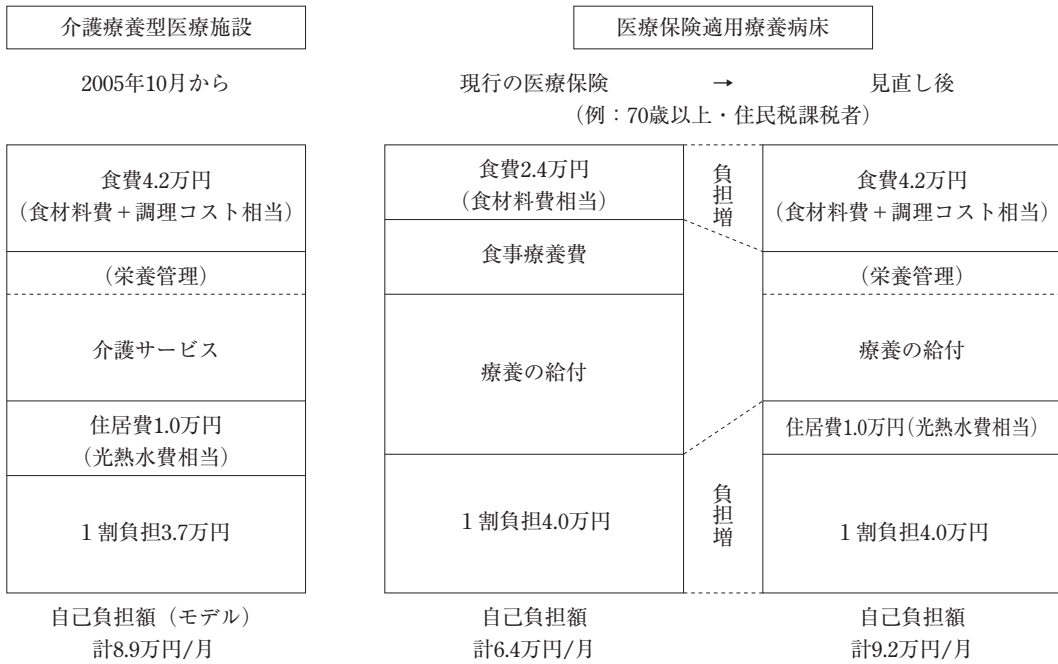
出典：厚生労働省「健康保険等の一部を改正する法律案について」2006年2月7日、1ページ。

る70歳以上の高齢者(=特定長期入院被保険者)は「食事の提供である療養」「温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養」(健康保険法の一部改正法第63条第2項の2イ、ロ)である「生活療養」と同法第63条第2項の3では「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養」として「評価医療」(保険導入のための評価を行うもの)を認めている。

療養病床は、現在2種類で、介護保険適用の「介護療養型医療施設」(2005年7月現在約13万床)と、医療保険適用の「医療保険適用療養病床」(2005年7月現在約25万床)がある。介護療養型医療施設は、2005年10月から1割負担・食材料費に加え、調理コストと居住費(光熱水費相当)が徴収されることになり、モデル自己負担額は月8万9000円(図一1)である。しかし、健康保険法の一部改正法は、介護療養型医療施設と同様の施設である医療保険適用療養病

床では、現行1割負担と食材料費で月6万4000円と割安になっているとして、介護保険の負担にそるえる形で2006年10月から調理コストや居住費も徴収するとしている。これにより2万8000円の負担増となる。70歳以上の高齢者は、2002年10月より、それまでの定額負担から1割負担に引き上げられたばかりである。さらに、新たな高齢者医療制度の創設と併せて2008年4月から65歳以上70歳未満の療養病床入院患者にも同様の負担を行うとしている¹⁶⁾。2003年度「国民生活基礎調査」(厚生労働省)によると年収が200万円未満の65歳以上高齢者世帯が43.8%であることを考えると、高齢者の生活を脅かすものと言わざるを得ない。

また、旧健康保険法第86条で定めている「特定療養費」を廃止し、健康保険法改正法第86条第1項は「被保険者が、厚生労働省令で定められたところにより、第63条第3項各号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち自己の選定



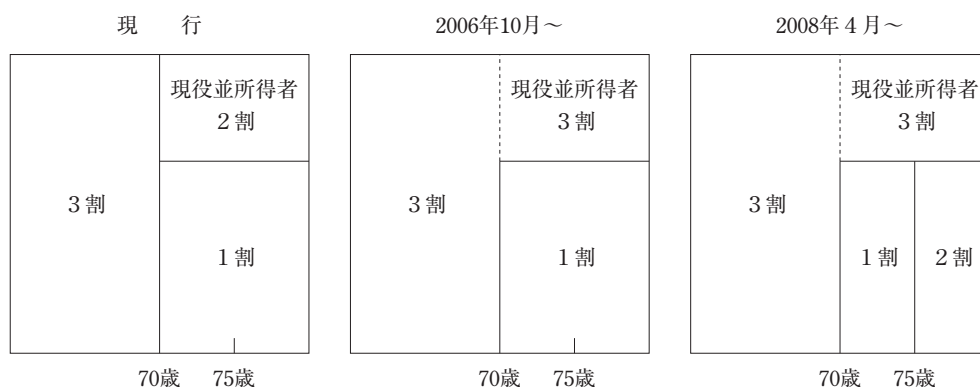
図一 療養病床に入院する高齢者に係る食費及び住居費の負担の見直し

出典：厚生労働省「医療費適正化の総合的な推進」2006年2月7日、9ページより筆者作成。

するものから、評価療養又は選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する」と「保険外併用療養費」を新設するとしている。しかし、評価療養は「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養（傍点筆者）」としており、厚生労働大臣が定めるとの名目で歯止めが掛からなくなり、保険診療と保険外診療の併用との実質的な「混合診療」の解禁に繋がる可能性が高い。この点に関し、2005年版『厚生労働白書』は、「2004年12月15日に厚生労働大臣と規制改革担当大臣との間で『いわゆる混合診療に係る基本合意』がなされた¹⁷⁾」として、今後「一定のルールの下に、保険診療と保険外診療との併用を認める¹⁸⁾」としている。

例えば現在、一般病棟やホスピス、在宅療養などで「未承認薬」、つまり厚生労働省が医療

保険が適用されると認めていない薬を使う場合、本来医療保険が適用される部分も含めてすべて自己負担になる。一般的に通常病院等で使用される薬剤は、医療保険が適用されると厚生労働省が認めたものとして「承認薬」と呼ばれる。承認のプロセスは、臨床試験（＝治験、この段階では保険は適用されない）、つまりその薬が当該疾病に対して効果が認められるのか否か、また副作用はどのようなものがあるのか、等を膨大な費用をかけて試験し、そのデータを基に厚生労働省が、医療保険が適用できると認めた薬剤を「承認薬」としている。しかし、厚生労働省は「抗がん剤をはじめとする国内未承認薬の承認については、確実な治験の実施に繋げ、制度的に切れ目なく保険診療との併用が可能な体制を確立する…中略…米、英、独及び仏で新たに承認された薬については、自動的に検



図一 医療保険改革による高齢者の窓口負担の増加

出典：厚生労働省「健康保険法等の一部を改正する法律案について」2006年2月7日、より筆者作成。

証の対象とする（傍点筆者）¹⁹⁾として、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランスで既に承認されている薬剤については治験段階での混合診療（併用療養）を認めるとしている。

治験段階で混合診療（併用療養）が認められれば、製薬会社にとっては希望価格で薬剤の提供が可能になり膨大な利益が期待できる。逆に、患者にとってはお金のある者は自由に未承認薬を選択できるがそうでない者は諦めざるを得ない。加えて、未承認薬部分の負担をカバーする私的保険の開発も狙いであると考えられる。混合診療（併用医療）を認めることで私的保険会社も利益が得られるのである。がん患者や難病患者には、混合診療（併用医療）は朗報の様に見えるかもしれないが、計り知れない「副作用」というリスクを抱えるし、結果的にはお金のある者だけがその恩恵に与れることを忘れてはならない。

2) 高齢者の窓口負担の増大

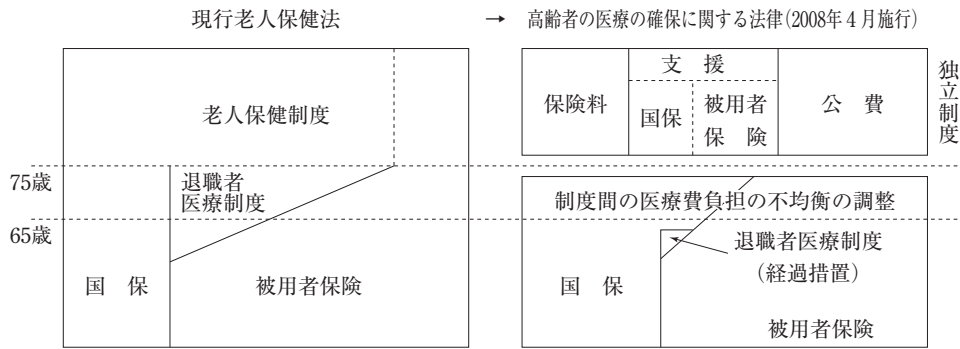
旧健康保険法第74条第1項の3では、一部負担について「70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合であって、政令で定めるところにより算定した報酬の額が政令で定める額以上

であるとき100分の20」と現役並の所得（政令で定めるところにより算定した報酬の額）を有する高齢者は2割の負担となっている。しかし、健康保険法改正法第74条第1項の3では、2006年10月から2割を「100分の30」と70歳未満の者と同様の3割負担に増額するとしている（図一）。

現在（2006年6月）、単身世帯で年収約480万円以上、夫婦2人世帯で年収約620万円以上であれば現役並の所得者と見なされ、2割の負担が課されているが、2006年8月からは住民税の公的年金等控除縮小などの税制改革により現役並の所得基準が引き下げられる。具体的には、単身世帯で年収約380万円以上、夫婦2人世帯で年収約520万円以上である。

さらに、2008年4月からは、70歳以上75歳未満の高齢者の一部負担が1割から2割に変更される。

これら自己負担の変更は、先述の「療養病床」の保険外負担が、食材費に加え「介護保険の負担にそろえる形で2006年10月から調理コストや居住費も徴収する」としていることを考えると、逆に上記の一部負担の変更が将来介護保険に適用される可能性がある。



図—3 新たな高齢者医療制度の概念図

出典：厚生労働省「新たな高齢者医療制度の創設」2006年2月7日，1ページ。

3) 医療費削減のための療養病床等の他施設への転換 (2012年4月)

現在、高齢者が長期に入院・入所する施設として医療保険適用療養病床（医療保険適用）25万床、介護療養型医療施設（介護保険適用）13万床で、合計38万床ある。厚生労働省は2012年までに、介護療養型医療施設を廃止し医療保険適用療養病床を15万床に削減、さらに23万床分を老人保健施設、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム、在宅等に移行するとしている²⁰⁾。

厚生労働省は、療養病床等の削減の理由を、中央社会保険医療協議会の資料（「慢性期入院医療実態調査」中医協2005年11月11日）から「療養病床の入院患者のうち医師の対応がほとんど必要ない人が概ね5割」²¹⁾ だからとしている。しかし、本音は医療費の削減にあると考えられる。事実、同省は「健康保険法等の一部を改正する法律案について」の参考資料で「療養病床は、他の介護保険施設に比べ1人当たりの給付費が高く、療養環境においても、長期の療養を前提とするものとはなっていない」²²⁾ としている。

ちなみに各施設の1ヵ月1人当たりの平均費

用（2005年）は、療養病床44万2000円、老人保健施設33万3000円、特別養護老人ホーム31万9000円、有料老人ホーム約25万円であることを考えると、療養病床等の他施設への転換は「あからさまな医療費削減」が目的だといわざるを得ない。

4) 新たな高齢者医療制度の創設 (2008年4月)

政府は、旧「老人保健法」を「高齢者の医療の確保に関する法律」に改題し、なおかつ2008年4月から75歳以上の後期高齢者に対して新しい社会保険である「後期高齢者医療制度」（仮称）を創設するとしている（図—3）。

高齢者医療制度は、75歳以上の高齢者約1300万人から、後期高齢者医療費11兆4000億円のうち患者負担1兆1000億円を差し引いた10兆3000億円の1割に相当する額を保険料として徴収するとしている。しかし、現在後期高齢者約1300万人のうち約1060万人は国民健康保険に本人が加入し保険料を納めなければならないが、240万人は子どもが加入する被用者保険の被扶養者で、保険料を支払う必要はない。つまり、高齢者医療制度の創設は、医療費を削減すると共に国民すべてに医療において「保険システム」を

表-12 具体的な保険料の月額

・厚生年金の平均的な年金額を受給者（厚生年金月17万円）
応益3100円＋応能3100円＝6200円
・自営業者の子供と同居する者（子 平均月収約33万円，親 基礎年金月6.6万円）
応益3100円＋応能なし＝3100円
・被用者のこと同居する者（子 政管平均月収約33万円，親 基礎年金月6.6万円）
応益3100円＋応能なし＝3100円
・基礎年金受給者（基礎年金月6.6万円）
応益900円＋応能なし＝900円

出典：厚生労働省「新たな高齢者医療制度の創設」2006年2月7日，5ページを筆者が加工。

強制しようとするものであり，その裏には，将来的に社会保障を一つの「社会保険制度」に収斂させようとする狙いがあると思われる。

医療費を削減し高齢者医療制度に「保険システム」を導入するために，旧老人保健法には無い言葉を高齢者の医療の確保に関する法律に挿入させている。旧老人保健法第1条（目的）では「この法律は，国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため，疾病の予防，治療，機能訓練等の保健事業を総合的に実施し，もって国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする」としているが，高齢者の医療の確保に関する法律第1条（目的）では「この法律は，国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため，医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診断等の実施に関する措置を講ずるとともに，高齢者の医療について，国民の共同連帯の理念等に基づき，前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整，後期高齢者にたいする適切な医療の給付を行なうために必要な制度を設け，もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする（傍点筆者）」となっており，明らかにその目的が医療費の適正化の推進であり，「国民の共同連帯の理念等に基づ

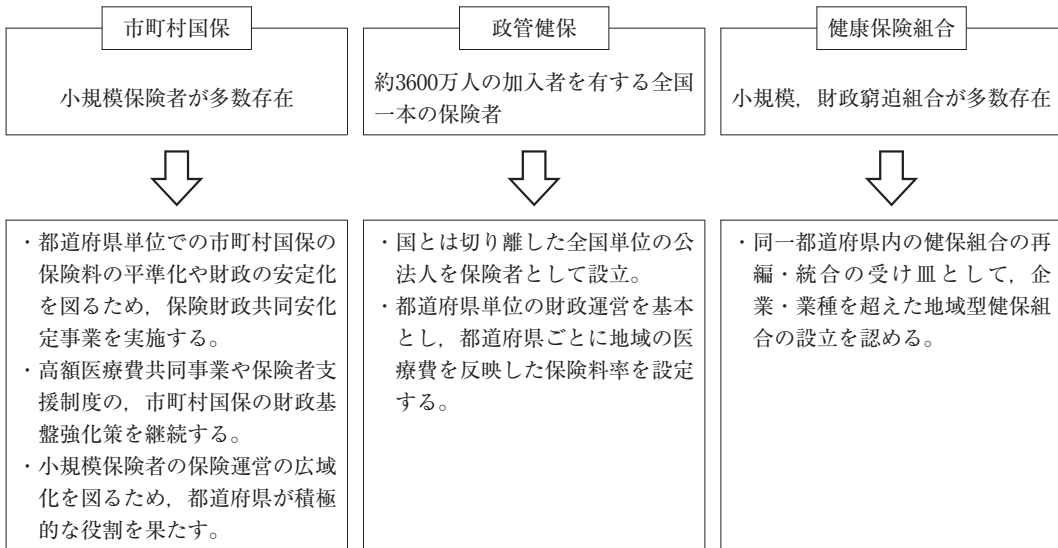
き」の言下には高齢者医療制度に「社会保険」の導入を意識しており，なおかつ保険料を支払わない者を「共同連帯」責任を果たさないとして排除しようとする狙いが窺える。

また，被用者保険の被扶養者からも新たに保険料を徴収することで，「1人1保険」（あるいは「社会保険個人勘定」が狙い）の概念を医療保険に初めて持ち込むものであり（既に「介護保険」は，65歳以上の者は1人1保険となっている），将来すべての社会保険に同様の制度が導入される足がかりを築くものだといえる。

保険料は，応益割50%，応能割50%とするとし，厚生年金の平均的な受給者の場合は，応益割が3100円，応能割が3100円で月6200円となる（表-12）。年金額によっては，減免の措置を設けているが，これはあくまでも参照とされる保険料であり，実際の保険料は保険者である地方自治体に委ねられる。また保険料は，介護保険料と同様に年金から天引きするとしている（特別徴収）が，これは「取りこぼし」のないようにすることが目的と考えられる。事実，厚生労働省が示した「新たな高齢者医療制度の創設」（2006年2月7日）には，「年金天引きを導入することなどにより，平均的には99%の徴収が確保される」²³⁾としている。

資料—4 都道府県単位を軸とする医療保険者の再編・統合

保険財政運営の規模の適正化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進する。



出典：厚生労働省「都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合」2006年2月7日、1ページ。

加えて、将来的に高齢者の保険料が上昇する仕組みを挿入している。「『若人人口の減少』による若人1人当たりの負担の増加については、後期高齢者と若人とで半分ずつ負担するよう、後期高齢者の保険料の負担割合について、若人減少率の1/2の割合で引き上げ、後期高齢者支援金の負担率を引き下げる」²⁴⁾と、若人が減少するにしたがって後期高齢者の保険料を上げるとしている。今回の医療制度改革は、高齢者を狙い撃ちした制度改悪といわざるを得ない。

5) 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の狙い

今回の健康保険法等の改正法において、政府は「市町村国保」「政管健保」「健康保険組合」を、都道府県を軸に保険者を再編・統合としている（資料—4）。

国保においては、「都道府県単位での市町村

国保の保険料の平準化を図るため」、市町村の共同拠出による「保険財政共同安定化事業」を2006年10月から実施するとしている。例えば埼玉県が2000年度の保険料を基に2003年3月に発表した試算結果（表—13）によると、県単位に保険料を平準化すると1世帯当たり年間保険料が19万596円になり、神泉村が現行保険料よりも7万2913円のアップ、秩父市が3万6173円のアップ、八潮市が3万7284円のマイナスになるとしている。現在埼玉県下92市町村で独自の保険料が設定されているが、県で平準化することで約9割の自治体で保険料が増額されるとしている。

現在国保財政は、2004年度で全国2531市町村国保のうち、約6割の1489保険者が赤字、一般会計からの繰り入れ分を除く実質赤字は3284億円となっており、都道府県単位での国保財政の再編をしても、論理的には財政赤字の解消には

表-13 市町村国保（自営業・無職者が加入）を都道府県単位とした場合の保険料の変化
（埼玉県の場合）

市村	項目	現行年間保険料	埼玉県に統一した場合の保険料	負担の増減
神泉村		11万7683円	19万0596円	+ 7万2913円
秩父市		15万4423円		+ 3万6173円
八潮市		22万7880円		- 3万7284円

出典：埼玉県「国保の広域化を考える懇談会」2003年3月による。

註：保険料などは、2000年度時点である。

表-14 政管健保の都道府県別保険料試算

保険料	都道府県
8.7%	北海道
8.6%	徳島
8.4%	福岡、佐賀
8.3%	秋田、石川、広島、香川、高知、熊本、長崎、大分
8.2%	青森、富山、大阪、奈良、和歌山、鳥根、岡山、山口
8.1%	岩手、兵庫、鳥取、愛媛、宮崎、鹿児島
8.0%	宮城、福島、神奈川、福井、岐阜、愛知、三重、京都
7.9%	山形、栃木、東京、新潟、山梨、静岡、滋賀
7.8%	茨城、群馬、埼玉、千葉、沖縄
7.6%	長野

出典：厚生労働省「健康保険法等の一部を改正する法律案について」2006年2月7日、より筆者作成。

繋がらない。いわば、「保険料の平準化を図る」との名目で結果的には保険料値上げを容易にするための口実にすぎない。また国保財政の悪化が、1984年に国保への国庫負担を45%から38.5%に削減したことにあることは明白であり、早急に45%に戻すことが先決であり、赤字を自治体や国民の負担増に転嫁するのは本末転倒である。

政管健保は、現在、保険料は全国一律で年収の8.2%、これを労使折半で納めている。例えば、現在加入者の平均的年収は387万6500円（ボーナス含む）で、企業の保険料負担を除いた加入者の年間平均保険料は15万8900円となる。しかし、改革では、「都道府県ごとに、年齢

構成や所得水準の違いを調整した上で、地域の医療費を反映した保険料を設定する」²⁶⁾として、被保険者一人当たりの医療費の高い都道府県ほど保険料を高く設定できる仕組みを構築するとしている。ちなみに厚生労働省の試算によると、最も保険料率が高くなるのが北海道の8.7%、最も低くなるのが長野県の7.6%で、47都道府県のうち実にその4分の1に相当する12道府県が、現在の8.2%より高くなるとしている（表-14）。さらに、保険料の上限が現在の9.1%から10.0%まで引き上げられるように改める²⁷⁾ともしている。また、このような改革の中で、政管健保への国庫負担率13%も引き下げられる可能性が高い。

いわば今回の改革は、国民健康保険も政管健保も、都道府県単位にすることで国民の健康を度外視して医療費削減を互いに競わせるものなどといえる。

6) 中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止（2007年3月施行）

社会保険医療協議会法の一部改正により、中央社会保険医療協議会の委員に関し「保険者を代表する委員並びに医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員の任命についての各関係団体の推薦に係る規定を廃止する」²⁸⁾としている。中医協は、診療報酬に係る答申又は建議を主な責務としているが、開業医主体の日本医師会が医療関係者の委員の推薦枠（5名）を独占し、医師に有利な診療報酬になってきたとの批判が政府・与党内にあり、医療費総額抑制を今回改革の眼目としている状況下で²⁹⁾、中医協における「医師会」の影響力を排除する狙いがあるといえる。

おわりに—医療に市場原理が導入されたら

医療制度改革関連法が、2006年6月14日に可決・成立したが、本稿において考察してきた通り、「医療費削減」「医療の市場化」という結論先にありきの方向性であり、その裏に日本の財界やアメリカの圧力を感じざるを得ない。

「日米投資イニシアチブ」が2005年7月に発表した報告書によると、アメリカ側の発言として「医療サービス市場についても米国企業が参加し貢献する余地がある」「営利企業による医療サービスの提供を認めること」「魅力的な企業投資の観点から、いわゆる『混合診療』の解禁」が記載されている。また、混合診療を強く

求めている「規制改革・民間開放推進会議」（首相の諮問機関。議長：宮内義彦オリックス会長）に2004年11月22日、在日アメリカ大使館ズムワルト経済担当公使が呼ばれ、「日米投資イニシアチブの下、日本が医療サービス分野を営利企業に開放することをわれわれは提言しています…中略…混合診療の禁止を解除し、特定の医療サービスの外部委託の範囲を拡大するなど、より柔軟性のある医療サービス特区を設置することにより、民間投資を誘致する可能性の高い日本のサービス市場を拡大し、医療分野における規制改革に拍車をかけます」と発言し、混合診療の解禁を迫った。

日本の財界においては、日本経団連が2004年12月の提言で「医療や介護についても、給付費の増加を抑えるため…中略…保険外サービスと保険サービスの併用を認めるべき」と主張している。

このような圧力に屈した政府・与党が、積極的に医療における市場化を推し進めようとしていると考えられる。

公的保険がカバーする範囲が限定され、それ以外が自己負担になり市場原理にゆだねられる混合診療が解禁されれば、保険の利かない部分を民間保険が賄う構造となる。いわばこの分野に、アメリカや日本の業界が市場拡大のチャンスとして狙いを定めてきていると思われる。しかし、医療に市場原理が導入されると、国民の負担はどのように変化するのであろうか。朝日新聞が行った調査によると（2005年12月18日付）、医師の技術料は、公的保険を利用する場合は、総じてその料金はほとんど変わらないが、公的保険以外では、治療によってはアメリカの方が2倍から4倍の料金が患者に請求されている（表—15）。

表-15 医師の技術料（2004年）

・骨折の治療（肩甲骨，上腕など）	
国名と保険種類	金額：円
日本	12万8000円
アメリカ（公的保険）	16万6500円
アメリカ（公的保険以外）	44万7400～53万3200円

・胃切除	
国名と保険種類	金額：円
日本	20万7000円
アメリカ（公的保険）	19万3300円
アメリカ（公的保険以外）	56万7500～67万7000円

・帝王切開	
国名と保険種類	金額：円
日本	15万0000円
アメリカ（公的保険）	13万0600円
アメリカ（公的保険以外）	29万5000～35万4600円

・人工肛門造設	
国名と保険種類	金額：円
日本	6万5000円
アメリカ（公的保険）	13万8100円
アメリカ（公的保険以外）	26万1500～31万1400円

・白内障手術	
国名と保険種類	金額：円
日本	4万9100円
アメリカ（公的保険）	7万5400円
アメリカ（公的保険以外）	25万7100～30万5500円

出典：「朝日新聞」2005年12月18日付。

註：アメリカの公的保険は「メディケア」（高齢者公的医療保険）を利用した場合の中央値を利用。アメリカの公的保険以外の料金は，“2005 Physicians' Fee and Coding Guide”から、医師が患者に請求する標準的な額を示した。

日本において、医療に市場化を導入する方向が鮮明になってきているが、先進国で唯一医療を市場原理で行っているアメリカの現状からも、許すことのできない方向性だといえる。

アメリカ医療の危うさを告発し続けている李啓充は、医療に市場原理が導入されると「弱者の排除」「負担の逆進性」が起ると警告して

いる。「市場原理のもとでは、購買力の乏しい人々が医療へのアクセスから排除される。特に、高齢者は有病率が高く、所得も低いので、市場原理のもとでは容易に排除される。米国政府は、市場原理からこぼれ落ちた人々に医療保険を提供するために、国家による救済処置として、メディケア（高齢者）・メディケイド（低所

得者)という巨大公的保険を運営している。しかし、メディケア・メディケイドという巨大な救済プログラムを用意しているにもかかわらず、無保険者は国民の7人に1人に達し、市場原理からこぼれ落ちた人々を救済し切れずにいる³⁰⁾。「有病者ほど保険料が高くなるなど、医療が必要な人ほど、医療へのアクセスが閉ざされてしまう。また、企業を通じて保険に加入していれば、大口顧客として割引価格で医療サービスを購入できるが、無保険者は定価で購入しなければならないなど、弱者ほど負担が重くなる³¹⁾。

また李啓充は、営利企業運営による医療保険では、有病者が排除されるともしている。「企業が医療保険で利益を上げようとすれば、病人を加入させないことがもっとも手っ取り早い方法となる。米国の保険会社では、実際に患者の医療にかかる経費のことを医療損失 (medical loss) と呼んでいるが、これが85%を上回る企業は、ウォールストリートでは『非優良企業』とされてしまうので、株価を維持しようと思ったら、どうしても医療損失を下げなければならない。そのためには、病人の加入は何としても避けたいのである³²⁾。

このアメリカの医療状況が、近い将来の日本の姿なのかもしれない。

日本においても、2000年の国民健康保険法の改革によって、国民健康保険証が取り上げられ代わって資格証明書³³⁾が発行されている。厚生労働省の全国調査では約30万世帯(2004年6月1日)に資格証明書が発行され、1997年の6月に比べ約5倍に増えている。また、保険料滞納世帯は約461万世帯である。

このように保険証が取り上げられれば、医療を受けることを自己抑制し、重くなってから受

診せざるを得ない状況が危惧され、国民皆保険のメリットがそがれる可能性がある。正に、医療への市場原理導入は、国民を疲弊させ亡国への道を歩むものであり、軽々にその導入を推進すべきではない。

註

- 1) 厚労省政策統括官付社会保障担当参事官室「医療構造改革推進本部の設置について」2005年10月19日。
- 2) 「朝日新聞」2005年9月25日付。
- 3) 2000年、ブレア首相はBBCの新春インタビューで、以下のようなNHS改革の方向を示した。「われわれは政権について以来、公約通りNHS改革を重視して取り組んできた。医療費を拡大することなく、医療の質を高めると同時に効率化を図る仕組み、無駄や成果を評価する仕掛けも作った。しかし、保守党政権からこれまであまりにもNHSに掛ける費用を抑制しすぎてきた。その結果、お金の使い方や制度を改革するだけでは、もはやNHSはよくなる、世界に誇るNHSをよくするためには、医療費を拡大する時がきた」、近藤克則『医療費抑制の時代を超えて—イギリスの医療・福祉改革』医学書院、2004年5月1日、18・19ページ。
- 4) 「良質な医療を提供する体制の確保の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案要項(以下「医療法等改正法律案要綱」と記す)」厚生労働省、2006年2月10日、3ページ。
- 5) 前掲、「医療法等改正法律案要綱」4ページ。
- 6) OECD “Health Data 2005” (2005年10月5日)によると、2003年度で平均在院日数は、日本36.4日、アメリカ6.5日、イギリス7.6日、フランス13.4日。
- 7) 厚生労働省「医療制度構造改革試案」2005年10月19日、1ページ。
- 8) 厚生労働省「健康保険法等の一部を改正する法律案の概要」2006年2月10日、6ページ。
- 9) 前掲「医療制度構造改革試案」1ページ。
- 10) 厚生労働省「良質な医療を提供する体制の確保の確立を図るための医療法等の一部を改正す

- る法律案について」2006年2月7日、6ページ。
- 11) 前掲「医療法等改正法律案要綱」10・11ページ。
 - 12) 医療法改正法第42条2第1項、前掲「医療法等改正法律案要綱」11ページ。
 - 13) 医療法改正法第54条の2から7まで関係、前掲「医療法等改正法律案要綱」12ページ。
 - 14) 前掲「医療法等改正法律案要綱」13ページ。
 - 15) 前掲「医療法等改正法律案要綱」18ページ。
 - 16) 厚生労働省「医療費適正化の総合的な推進」2006年2月7日、9ページ。
 - 17) 厚生労働省編『2005年版厚生労働白書』ぎょうせい、2005年8月1日、306ページ。
 - 18) 前掲『2005年版厚生労働白書』306ページ。
 - 19) 前掲『2005年版厚生労働白書』306ページ。
 - 20) 厚生労働省「療養病床の将来像について」2006年2月7日、4・5ページ。「健康保険法等の一部を改正する法律案要綱」38ページでは「介護療養型医療施設を平成24年（2012年）3月31日をもって廃止すること」と明記している。
 - 21) 前掲「療養病床の将来像について」1ページ。医療保険適用療養病床で48.8%、介護療養型医療施設で50%。1%が、「医師の対応がほとんど必要ない」としている。
 - 22) 厚生労働省「健康保険法等の一部を改正する法律案について」「参考資料」2006年2月7日、3ページ。
 - 23) 厚生労働省「新たな高齢者医療制度の創設」2006年2月7日、4ページ。
 - 24) 前掲「新たな高齢者医療制度の創設」4ページ。
 - 25) 厚生労働省「都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合」2006年2月7日、4ページ
 - 26) 前掲「都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合」5ページ。
 - 27) 前掲「都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合」5ページ。
 - 28) 前掲「健康保険法等の一部を改正する法律案要綱」36ページ。
 - 29) 2006年4月からの診療報酬改定では、過去最大幅となるマイナス3.16%の改定率である。
 - 30) 李啓亮『市場原理が医療を亡ぼす』医学書院、2004年10月、211ページ。
 - 31) 前掲『市場原理が医療を亡ぼす』211ページ。
 - 32) 前掲『市場原理が医療を亡ぼす』219ページ。
 - 33) 保険証に代わって発行される資格証明書では、病院の窓口でいったん医療費の全額を支払わなければならない。その後申請により7割の払い戻しが受けられる。しかし、保険料を滞納しているため、払い戻し分から滞納保険料分が徴収され、払い戻しがない場合が多い。

参考文献

（日本語文献）

- 池上直巳著『医療の政策選択』勁草書房、1992年
- 池上直巳著『医療問題—新版』日本経済新聞社、2002年
- 池上直巳他編『医療保険・診療報酬制度』勁草書房、2005年
- 岩田正美他編著『社会福祉の原理と思想—社会福祉原論』有斐閣、2003年
- 岡本悦司著『医療費の秘密』三一書房、1991年
- 加藤智章著『医療保険と年金—フランス社会保障制度における自立と平等』北海道大学図書刊行会、1995年
- 金子勝著『セイフティネットの政治経済学』筑摩書房、1999年
- 川渕孝一著『日本の医療が危ない』筑摩書房、2005年
- 河野圭子著『アメリカの医療システム』新興医学出版、2002年
- 近藤克則著『医療費抑制の時代を超えて—イギリスの医療・福祉改革』医学書院、2004年
- 崎谷博征著『患者見殺し医療改革のベテン』光文社、2004年
- 真田是著『社会保障と社会改革』かもがわ出版、2005年
- 橋木俊詔著『安心の経済学』岩波書店、2002年
- 橋木俊詔著『消費税15%による年金改革』東洋経済新報社、2005年
- 二木立著『医療改革と病院』勁草書房、2004年
- 日野秀逸編著『市場化の中の医療改革』新日本出版社、2005年
- 藤森克彦著『構造改革プレア流』TBSブリタニカ、

2002年

結城康博著『福祉社会における医療と政治』本の泉社, 2004年

結城康博著『医療の値段』岩波書店, 2006年

李啓充著『アメリカ医療の光と陰』医学書院, 2000年

李啓充著『市場原理が医療を亡ぼす』医学書院, 2004年

(翻訳文献)

阿萬哲也訳, OECD 編『世界の医療制度改革』明石書店, 2005年

池上惇他訳, J, オコンナー著『現代国家の財政危機』お茶の水書房, 1981年

伊部英男監訳, N, ギルバート他著『福祉政策の未来—アメリカ福祉資本主義の現状と課題』中央法規出版, 1999年

大日康史訳, B, カックベイク他編『医療経済学入門』東京大学出版会, 2004年

芝田英昭監訳, J, ボストン他著『ニュージーランド福祉国家の再設計』法律文化社, 2004年

宮本太郎監訳, E, アンデルセン著『福祉資本主義の三つの世界』ミネルヴァ書房, 2001年

Medical Care Reformation in 2006 and Introduction of Market System of Medical Care in Japan

SHIBATA Hideaki *

Abstract: This paper examines the consequences of the Medical Care Reformation Bill proposed in the Regular Session of the Diet in 2006, a Bill that if passed, will look at introducing a semi-free market or free market system of medical care into Japan, leading to the possibility of drastic reforms to the Medical Insurance System that has been maintained since 1962. To begin with, it analyses the Bill and asks whether it is necessary to drastically reform the present medical system by comparing it to other OECD countries. Next, it examines the background behind the proposal for a semi-free market medical care system and the problems that may occur. In addition, it clearly shows there are problematic aspects of the Bill through speculating just what affect that the introduction of a market system of medical care will have on the populace. Finally, it shows just how detrimental the introduction of a free market system of medical care will be to this country by referring the United States – the only other developed country to employ a free market system of medical care.

Keywords: medical insurance for all people, national medical insurance card, free market system of medical care, deregulation, elder medical care system, medical corporation

* Professor, Faculty of Social Sciences, Ritsumeikan University