

体制移行国の医療と経済に関する一考察 —モンゴル国および中国の医療問題を視野に入れて— (上)

由 川 稔

1. はじめに

小論は紙幅の関係等があって上・下の二部構成となっている。この「上」では、「下」においてモンゴル国や中国の医療の有り様を検討する準備段階も兼ねて、主としてわが国の医療の現状について取り上げた。小論全体の視座を得るための前半部分として御了解いただきたい。私たちは、基本的に医師の善意を前提に医療サービスを受け、また、個々の医師の背後にある医療制度全体に対しても、無意識に善であることを仮定しているかもしれない。確かにそれは善であるかもしれないし、そうあって欲しいが、問題もまた多いという現実から目を逸らすと、分野が分野だけに、文字通り命を落としかねない。

WHOの*World Health Report 2000*で示された191箇国の保健状態に対する評価から、日本、米国、モンゴル国、中国（中華人民共和国）の順位を確認すると、諸目標の全体的な達成ぶり（*attainment*）においては日本1位、米国15位、中国132位、モンゴル国136位であった。成果・出来栄（*performance*）に含まれる評価項目では、保健システムの全体的な成果について日本10位、米国37位、中国144位、モンゴル国145位であり、より端的に保健水準（*level of health*）の順位としては、日本9位、中国61位、米国72位、モンゴル国138位となっている。さらに同資料によって、GDPに占める保健支出の割合（%）、全公的支出に占める（公的）保健支出の割合（%）、全保健支出に占める公的支出の割合（%）について見ると、次の通りである。¹

《GDPに占める保健支出の割合》

日本7.1% 米国13.7% モンゴル国4.3% 中国2.7%

《全公的支出に占める（公的）保健支出の割合》

日本16.2% 米国18.5% モンゴル国13.3% 中国5.5%

《全保健支出に占める公的支出の割合》

日本80.2% 米国44.1% モンゴル国82.0% 中国24.9%

また参考までに、上記四箇国の2000年の国民総所得（GNI）と一人当たりGNIも掲げておく。いずれも米ドル換算である。²

	GNI (10億米ドル)	一人当たりGNI
日本	4,337.3	34,210
米国	9,645.6	34,260
モンゴル国	0.9	390
中国	1,064.5	840

上掲表等からも明らかな通り、一人当たり所得水準が隔絶して低いモンゴル国や中国は、保健水準においても著しく低位にある。

モンゴル国の場合、かつての社会主義体制下では、ソ連を盟主とする政治的結束に基づいた国際分業体制の中で、当国から畜産品や鉱物資源等を輸出する見返りに、様々な近代的物資—医療設備機材等も当然含まれる—を入手できていた。しかし社会主義体制の崩壊とともに、経済の市場化と開放を一気に進めざるを得なくなり、必然的に現代のいわゆるグローバル化の荒波に直接もまれることになった。そこにはかつて程の政治的な保護膜が無く、国は持てる経済力を基に、いわば剥き身の徒手空拳で、分に応じて、保健分野にせよ何にせよ、自らの面倒を見なければならなくなった。輸入品が医療器具であっても例外とはならず、高嶺の花には手が出ない。このような事情も、モンゴル国の低い保健水準の背景にある。

中国は、日本を上回るペースで少子高齢の時代に向かいつつあり、また、沿海部と内陸部の経済格差や、保険制度の不備等を背景に、社会の不安定化が危惧されている。人口数が長期的に静止状態となる合計特殊出生率は2.1（置き換え水準）とされるが、日本の数値（2000～2005年）1.33ほどではないにしても、中国のそれは1.70となっている。また、総人口に占める65歳以上の人口の割合が7%超で高齢化社会、14%超で高齢社会とした場合、中国は2025年頃、高齢社会に入ると言われる。しかもその頃には75歳以上の後期高齢者の比率も6.5%を超えて、「超高齢社会」を迎えることになるようである。必然的に、生産年齢人口の減少とそれに伴う国内貯蓄の減少、そして高齢化による年金負担や医療費の増大、家計と財政の逼迫、という流れが生じると予測されている。しかも、現状においても年金保険への加入者は、都市住民でさえ46.3%、農村から都市へ流入したいいわゆる「民工」で15.1%、農村では11.0%と言われ、医療保険や失業保険等も同様な傾向にあるという。「下」で改めて述べることになるが、中国の医療制度の前途もまた厳しい。³

他方、わが国と米国とを比べると、一人当たりの所得水準はほぼ同じながら、保健分野の仕組みには、大きな違いが見て取れる。仕組みの違いが、冒頭で見た成果としての保健水準の違いに直結するとは限らないが、全く関わりが無いと考えることにも無理があり、多角的な検討を要する。仕組みの違いについては改めて後述することになるが、差し当たりマクロ・レベルに話を限定すれば、米国は、日本に比べてGDPに占める保健分野の支出が多く、相対的に「金をかけている」ことがわかる。実際には絶対額で見ても、米国の一人当たりの保健支出水準は世界1位であり、日本は13位、中国は139位、モンゴル国は145位である。⁴

そうだとすれば、「金をかけている割に、この水準か。何故か。もう少し何とかならないものか。」といった感想を抱く人は多いであろう。また、米国の保健支出は公的部門よりも私的部門、いわゆ

る民間部門が多くを負担する構造である。その意味では、当該分野においては「小さな政府」が実現されていると言えようが、成果については日本に及ばない。要するにマクロ・レベルでのコスト・パフォーマンスは、日本の方が高い。

しかしわが国では、官と民を対置させて、「民にできることは民で」という表現が、近年定着してきた感がある。筆者はモンゴルがまだ社会主義体制の「人民共和国」であった時代に数年間暮らしたことがあるので、その経験からして上述の表現自体に殊更異を唱えるものではないが、これが例えば「医療水準（多少拡げて保健水準、さらに拡張して福祉水準としても構わない）を落としてでも」という附帯条件を伴うのであれば、すんなりとは受け入れられない。何故なら、そもそも「開発」という行為の目的ないし最優先課題は、一般に「福祉の向上」にあると見られるからである。理不尽に殺される環境から抜け出して、安心して暮らしたいとか、病気や事故に遭っても早死にせずに長生きして、人生の選択肢をなるべく多く享受し、自分の生を全うしたいとかいう人間として極々原初的な夢が、「開発」の原動力である。そのような開発の手段や過程において、公か私か、あるいは官か民か、といった対立があるとしても、目的を否定してまでこのようなことを論じるとなると、日本や米国を羨望の眼差しで見ると開発途上国からすれば奇異に映る。わが国が「民にできることは民で」という路線をとろうとするとき、その背景に、非効率や、民業を締め出すことによる不利益等のマクロ・レベルの問題が多々あるであろうことは想像できるし、しばしばそのような解説にも接する。しかし、米国の事例を見ると、単純に「民」が良いと言い切ることはできない。

さて、高い国際的評価を得るわが国の医療であるが、私たちが実際に接する日本の医療に対して抱く印象と国際的評価との間に、かなりの開きを認める人もいるであろう。とは言え、それは漠然としたものに終わりがちである。「医療」の世界は、その道の専門家でないと手も足も出ない「医学」と極めて密接に結びついているためか、部外者である一般人にはなかなか分かり難い。

人それぞれ、健康の大切さを思い知らされる経験はあるはずで、筆者も、風邪や花粉症といった軽めの体調不良だけでなく、「親知らず」かと思って歯科にかかったところが、結局腰の骨を少々顎に移植しなければならない羽目になり、全身麻酔の手術から歩行と咀嚼のリハビリへと、それまでは全く想像も出来なかったような体験を強いられたことがあった。しかしそのような機会において、医学水準や医師の技術の高さに驚き、また、医療保険関係の恩恵や、自分を支えてくれた人たちに感謝したのは事実であるが、「喉元過ぎれば」の喩え通り、「医療」というものについて深く考えるまでには至らなかった。実際、医療関係者でない者にとって、診断や薬の処方等の医療行為の背景に何があるかは、非常に見え難いと思われる。感動や権謀術数などをことさら取り上げた、医療をめぐるフィクションの世界はともかくとして、現実の問題にはなかなか興味が沸かないと言った方が当たっているかもしれない。

だが最近になって私自身、「医療制度改革」といった言葉を目や耳にする機会が増える中で、冒頭に掲げたように既に高い国際的評価を受けているわが国の医療を、さらにどんな方向に「改革」し、改善しようとしているのか、改めて医療について多少とも思いをめぐらせる機会が増えた。いくら国際的評価が高いとはいえ、高齢化の進展等、社会は大きく変わっていくのだから、常により良い

体制を求めて改革するのは当然で、現状に胡坐をかいていて良いはずはない。しかし当然、その中身については慎重に吟味されなければならない、もしも「民にできることは民で」というのであれば、「先ず掛け声ありき」ではなく、例えば米国のやり方と比較して何をどう変えることによって米国の轍を踏まない体制を作れるのかとか、あるいは、より根本的な方向づけの点で再考の余地はないかといった点が、もっと浮かび上がってきてよいであろう。

そのようなことを考えながら、わが国を始めとして幾つか自分と関係のある国の状況を眺めてみると、各国各様の課題があるのは当然ながら、根本的な問題という点では或る程度の共通性も見えてきた。小論では、試みにモンゴル国や中国についても若干のデータを拾いながら、医療と経済や社会との関わりについて、考えてみることにしたい。

なお、一般的に「医学」が病気等を治療する技術やその学問的領域を指すのに対して、「医療」とは、医師だけでなく看護師、薬剤師、各種技師、またこれらに加えて最近では診療情報管理士といった数多くの職種の人達によってなされる、生命の安全と人間の尊厳を確保する社会的行為の総体であると言えよう。勿論さらに視野を広げれば、そうした直接的な医療行為を成り立たせている社会の制度、文化や、人々のセンス、判断力、そして医療制度と関連産業との関係といった事柄も、必要に応じて検討されるべき要素となろう。おそらく、このような周辺領域も含めた議論が一層広がり、深められていけば、私たちの生命の安全とより良い人生という最も基本的なニーズを、より望ましい形で充足する方途も見出していけるのではないかと思われる。

2. わが国の医療現場と医療制度をめぐる諸問題

先ず自らの足元の状況を見定めないことには、話が始まらない。

医療行為の背景に何があるかを知ること—これは、素人にとってかなり努力を要する領域である。例えば、風邪で病院にかかって抗生剤を処方されたとか、血液検査をしたとかいう、日常生活でありがちな出来事を取り上げてみても、私たちが当然のことと思っている医療行為の背後に様々な矛盾が存在しているということは、なかなかつかみ難い。最近が多剤耐性菌の出現などのため、抗生剤の濫用に対する警戒感くらいは一般に広がりつつあるかもしれないが、しかしそもそも抗生剤が処方される背景に、医師の不安神経症的状況が一因としてあることや、また、処方自体がいわば「日常化した裏技」的なもので、そうとでもしないと保険が利かなくなる、といったことまで知る機会、あまりない。病気になる確率が高くならざるをえない高齢者が増加した社会では、必然的に医療費も増加する。当然負担も増える。そのような社会において、医療費負担の方法や、保険診療に関する制度的問題、あるいはもっと広く、訴訟社会、過剰診療、医療費高騰といった事象の連鎖等、真剣に考えていかなければならない事柄が数多くある。⁵

したがって、既に見たマクロ・レベルでの高いコスト・パフォーマンスだけでは、状況を語り尽くすことは出来ない。しかし細かい具体的問題について体系的な情報を得て検討するには、或る程度の時間と根気と資金が必要で、これもまた専門家による議論への「お任せ」状態を招来してしまう一つの原因であろう。

さて、診療報酬—文字通り、医師や医療従事者の労働に対する報酬、価格による評価は、どのようにして決まるのか。先ずこの点から確認しておきたい。現在、わが国の医療は統制医療で、医療サービスの価格は公定価格である。保険診療の価格は「診療報酬点数」で表される。診療報酬は概ね内科、歯科、調剤の三種類に分けられ、原則全国一律に適用される。診断名が同じならば、全国のどこで誰の診察を受けても、基本的に治療内容や医療費は同じという、平等主義に基づいた医療が行われている。

ただし、理念としては平等主義でも、実際の一人当たり保険料をめぐっては、地域間で最大6.1倍もの負担の格差が指摘されてもいて、その一方で診療報酬が全国一律であるとすれば、平等とは言えない。勿論これは患者にとっても、同じ医療行為を受けても負担が異なるのであるから、不平等である。また、例えば「初診」という行為には文字通り「初診」以外の何物かが入り込む余地はなく、それに対応する報酬は、その診察が30分かかったものであれ3分で済んだものであれ、同じである。この状況は、平等といえれば平等であろうが、診療側と患者側とを問わず、首を傾げる人もいだろう。あるいは単純に、「例えば弁護士などと違って医師は時間いくらで報酬が取れないから、患者の回転を早くして数をこなし、利を上げるしかないのか」と納得する向きもあるかもしれない。⁶

診療報酬については、初診料は何点、再診料は何点、何々の検査は何点、薬の処方何点、注射何点というように、医療行為ごとに点数が決められており、それを10倍すれば各医療行為の価格となる。この点数すなわち価格は、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）の答申によって決められ、通常、二年に一度は改定される。また、厚生労働大臣が中医協に諮問しなければ、原則、新薬や新しい医療技術の保険適用もできない。このような役割を果たしている中医協は、「診療側委員」、「支払側委員」、「公益委員」の三者から構成されている。「診療側委員」は、病院団体枠を含む日本医師会と、日本歯科医師会および日本薬剤師会からの推薦から成る。「支払側委員」は、保険者の代表としては社会保険庁および国民健康保険中央会（国保中央会；都道府県に設立されている公法人である国民健康保険団体連合会（国保連）を会員として構成される）ならびに健康保険組合連合会（健保連）等、被保険者・患者の代表者としては労働組合、そして事業主代表として日本経団連等からの推薦から成る。そして「公益委員」は学識経験者やジャーナリストから成る。また、中医協の内部組織として、「診療報酬基本問題小委員会」や「薬価専門部会」等が、上述の三者構成に看護師代表や薬剤関係代表等の専門委員を加える形で設置されている。⁷

価格決定（診療報酬の改定）には、二つの次元がある。すなわち政府予算に関連させて医療全体に配分される総額を決めることと、次に、配分された財源を診療科目にさらに振り分けていくことである。改定に至る時系列的な動きは、大要、改定前年の6月頃に医療機関や保険薬局の収支を調査する医療経済実態調査が行われ、それらの速報値も踏まえて改定率すなわち医療分野全体への配分総額が内閣によって決められ、12月末にはまとまる政府予算案に連動させて、総額の範囲内で中医協が財源の振り分けを議論していくという流れである。4月に新たな医療の価格が適用されるとすれば、必然的に年明けから3箇月程度という短い期間で、各医療行為の点数が決定されなければならない。このような状況を含めて考えれば、その「叩き台」を作る厚生労働省保険局医療課が診

療報酬改定においてイニシアティブを発揮するのが現実であるという見方が出るのも、やむを得ないところであろう。⁸

そうであればなおさら、こうしたプロセスが多少とも分かりやすい形で国民の目に触れるようになるのが望ましい。「民にできることは民で」というが、「一部の民」ではなく、「より多くの民」が、少なくともチェックに参加しやすい体制を構築してもらいたいものである。

さて、病院も無償の慈善団体ではないので、このようにして決められた医療行為の対価、収入に基づいて、きちんとした経営をしていかなければならない。要するに人件費や設備費や光熱費等々を自己責任で賄っていかねばならず、人命を左右する業だけになおさら、提供する財やサービスに不当なしわ寄せが行くことは許されない基本的条件の下にある。しかしここでは、医学的処置と制度との間の不整合だけでなく、他にも直接経営に関わる様々な問題点が指摘されている。

例えば脚注5の中でも、「査定」について言及されていた。わが国の医療保険は、現状では、まず就労形態の違いによって、約7600万人が加入している職域保険と、約5200万人が加入している国民健康保険とに二大別される。前者はさらに、「組管掌健康保険」（大手企業の従業員とその被扶養者約3000万人を加入者＝被保険者とし、企業等の健康保険組合が運営する。）、「政府管掌健康保険」（中小以下の企業の従業員とその被扶養者約3600万人を加入者＝被保険者とし、社会保険庁が運営する。）、「船員保険」（船舶の船員とその被扶養者を加入者＝被保険者とし、社会保険庁が運営する。）、「共済組合」（国家公務員・地方公務員・一部の独立行政法人職員・日本郵政公社職員・私立学校教職員とそれらの被扶養者を加入者＝被保険者とし、各共済組合が運営する。）に分けられる。後者の「国民健康保険」は、上記の保険に加入していない一般住民とその家族等で75歳未満の人を加入者＝被保険者とし、主として市町村および東京23区等が運営するものである。⁹

そして、被保険者からの保険料を預かり、その適正な支出を図るのが保険者である保険組合や市区町村等である。しかし、医療機関から診療報酬明細書（レセプト）として請求された医療行為の対価の妥当性を一旦まとめて審査しているのは、社会保険診療報酬支払基金および国民健康保険団体連合会である。診療報酬の保険者負担分は、これらの審査支払機関の審査を経て、医療機関に支払われる。

医療機関は、実施した医療内容ごとに診療報酬点数表に基づく点数を記載したレセプトを作成し、診療報酬を請求するが、審査支払機関が、診療内容（投薬、検査等）を審査し、疾病に適應していないもの、過剰なものであるなどと判断した場合には、減点の結果が通知され、当該診療部分に係る報酬は支払われない。これが査定である。なお、この支払基金と国保連の審査結果に対しては、医療機関も保険者（市町村や健康保険組合等）も、再審査請求を行うことができる。

ここで参考までに、医療機関側からの再審査請求をめぐる事例として、大阪府立急性期・総合医療センターと大阪府立成人病センターの定期監査結果を見ておきたい。¹⁰

《大阪府立急性期・総合医療センター（662床）》

「平成16年度において、審査支払機関の審査（保険者の再審査請求による再審査を含む）により減点となった点数は、約1,235万点であり、その理由は、カテーテルなどの材料の数量や、検査

頻度などが過剰と判断されたこと等であった。

審査結果に対しては再審査請求制度があるが、これにより復活した点数は58万点（減点の約5%）にすぎず、請求額全体のうち約1億6百万円（推計値）が支払われなかった。」

《大阪府立成人病センター（500床）》

「平成16年度において、審査支払機関の審査（保険者の異議申立による再審査を含む）により減点となった点数は、約1,319万点であり、その内容をみると、例えば、カテーテルなどの材料の数量や、検査頻度などが過剰と判断されたことによる。

審査結果に対しては再審査請求制度があり、これにより復活した点数は183万点（減点の約14%）であるが、請求の約9,200万円（推計値）が支払われなかった。」

保険者は、加入者から保険料を集め、病院に適正な治療費を支払うのが仕事である。したがって、不正な請求や過剰な請求に対しては厳格に対応してもらわなければ、加入者として納得がいかない。その意味で、上掲の数値について、審査支払機関側の査定ぶりを高く評価し、同時に医療機関を糾弾する根拠とする向きもあるだろう。

しかし医療機関側から見れば、上掲の例だけでも、比較的大規模な病院1つで、1億円前後が医療機関の負担になっている状態、言わば踏み倒されている状態である。経営上かなりの重荷である。また査定には「都道府県による違いもあれば、去年は良くて今年もダメというように一定の基準がない」と言われる。また、「保健組合に文句を言うと、次回は前回以上の査定という仕返しを受ける」らしい。¹¹

確かに、それならこうした懲罰的措置を受けないように、病院が保険診療上適正な医療行為に励めば済むことではないかとも思われるのだが、保険制度を介した診療報酬の支払いの実態もまた複雑である。

審査機関はレセプト1枚につき約120円の審査料を取る。支払基金と国保連、合わせて年間約14億枚のレセプトを審査するとすれば、審査料だけで約1680億円が健康保険組合等から審査機関に流れることになる。しかも、審査機関における審査の精度にも問題があるため、支払いを減らしたい健康保険組合はいわゆる「削り屋」に審査を外注し、他方病院は病院で、診療報酬獲得の確度を上げるためのレセプト専門家を雇う、といった攻防具合である。要するに、貴重な保険料基金からの様々な漏出を許したり、医療機関側にもさらなる出費を促したりする構造も、制度自体に備わってしまっていることがわかる。¹²

確かに平成16年度は、保険者の収支が大幅に好転し、保険者全体で6,967億円の黒字を計上した。国保だけは赤字だったが、それでも市町村国保の収納率90.1%を95%に引き上げられれば黒字転換は可能らしい。このような収支の好転を受けて積立金も増加し、平成16年度末の積立金残高は6兆104億円に上った。この他に土地・建物の簿価も5,244億円（土地2,279億円、建物2,965億円）あるという。しかし中長期的観点から、大勢として既に、政府管掌健康保険については社会保険庁の改革に連動させる形で、「全国健康保険協会」という公法人として生まれ変わることが決まっている。

そこでは、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率の設定や、財政運営の安定化、自主・自律の保険運営といった、保険者機能の充実が目指される。特に都道府県の総合調整機能に期待される部分は大きく、政管健保のみならず市町村国保や健康保険組合についても、「地域における保険者の連携・協力による取組」という枠組みの中で、「保険者の再編・統合」が視野に入れられている。¹³

確かにこうした試みは、現状を少しでも改善していくに当たり、いわば新しい皮袋として、試みる価値があるだろう。制度変更に伴って、周辺領域に問題が拡散していくという側面はあろうが、さりとて無為無策ではいられない。ただし、審査支払機関の部分については、上述の全国健康保険協会との間で「診療報酬の請求・支払」という関係を結ぶという点では、従前の保険者に対する関係から本質的な変化を遂げるわけではない。しかし筆者の知人の医療関係者によれば、保険者側の統合に対応して、支払基金と国保連の統合については当然の議論となっているようである。

審査支払機関と保険者、そしてそれらと医療機関を結ぶ線の中で、本稿の範囲でむしろ注意すべき動向と見られるのは、IT化に関係するものである。確かにレセプトのオンライン化に伴い、紙ベースで一枚一枚審査する非効率からの解放、そして人員削減といった流れができることにより、或る程度の成果が期待される。しかし他面、日医総研の上野智明氏は、内閣府総合規制改革会議の「規制改革の推進に関する第3次答申」とIT戦略本部の「第22回議事録」とを一連なりのものと捉えた上で、これらの組織が唱道する医療IT化は、患者不在で、審査支払機関と保険者側の効率化が中心のものであることや、外資系製薬会社や米国の戦略の可能性、さらには、患者が医師や病院を自由に選択できなくなる管理医療（managed care）へつながる可能性についても、警鐘を鳴らしている。¹⁴

3. 医療制度改革が遠望する未来

新自由主義的改革と見られた小泉前政権による一連の政策の中に、「e-Japan戦略Ⅱ」がある。2003年に発表された「e-Japan戦略Ⅱ」の理念は、「元気・安心・感動・便利」社会で、最も輝いた国の一つになることだそうだが¹⁵、「元気・安心」と来れば医療を避けて通ることはできないし、実際七つの重点分野の筆頭に挙げられてもいるので、多少とも検討しておきたい。

時代がやや遡るが、1994年に日本政府は保険市場の規制改革を受け入れ、95年には保険業法が大改正された。これにより保険新商品の開発や保険料率の自由化、生保と損保の相互参入等への道が開かれた。ところがそのとき、それまで生保や損保の世界になかなか参入できなかった外資系保険会社が既に開拓していた第三分野、すなわち医療・疾病・傷害保険の分野が、規制緩和によって日本の大手保険会社との競争に晒される事態が見通されると、米国の保険業界は時のクリントン政権に規制緩和とは正反対の圧力をかけ、既得権益の保護を要求した。結果として、96年、日米保険協議は再合意、「激変緩和措置」として、日本の大手保険会社は2001年まで、がん保険・医療保険・傷害保険の三商品の取り扱いを禁止または制限されることとなった。また他面、改正保険業法では、保険金の支払い能力に関する経営上の透明性を高める基準、「ソルベンシー・マージン」が導入され

たが、時はバブル崩壊後の資産デフレ期である。支払い能力に疑問符を付けられた国内保険会社には解約が殺到し、経営危機、そして外資による買収、という流れと相成った。¹⁶

さて2005年、劇場的な政治プロセスを経て方向が確定した郵政民営化について、関岡英之氏は「保険市場をめぐる日米間の過去二十年にわたる歴史を振り返ったうえで改めて考えれば、郵政民営化の本質は、百二十兆円にのぼる官営保険の市場開放問題だということがわかる」と言い切る。簡易生命保険制度は、日本がまだ国としても貧しかった時代に、民間の生命保険に加入できない低所得者にも簡易な手続きで保険というセーフティーネットを提供しようとしたのが始まりであった。¹⁷

経済的格差が拡大しつつあるとされる今日¹⁸、セーフティーネットの重要性は高まりこそすれ、廃れようはずもない。しかし日本はこのようにして、社会の安定化装置を一つまた一つと失っていくのだろうか。¹⁹

さて医療に関しては、例えば『成長のための日米経済パートナーシップ 2005年 日米投資イニシアティブ報告書』において米国政府は、国民の生命云々ではなく、医療費云々でもなく、先ず「魅力的な企業投資の観点から」混合診療の推進について、並々ならぬ意欲を見せている。²⁰

現在わが国では、混合診療は原則認められていないため、治療の一環として日本で未承認の医薬品や治療法などを使用した場合、本来保険が利く部分についても保険が適用されなくなり、自己負担となる。しかし混合診療が認められれば、もともと保険が利く部分についてはそのまま保険が利くので、患者にとって有利な点もある。

しかし、ビジネスの世界では、また別の利点が生まれてくる。保険診療による価格統制を免れた自由診療部分については、基本的に製薬会社や病院等における価格設定に関する裁量の自由度が高まるので、やり方次第で高収益も期待できる。また、勿論このような先端的医療—しばしば高額である—の受益者は、患者の側で見れば高所得者ということになるだろうが、それでも自己負担は辛いという場合、民間保険会社にとっては、自由診療向け保険という新商品によるビジネスチャンスが生まれる。公的保険のカバーする領域が狭まれば狭まるほど、それは確かに「新たな市場の創出」である。保険業界再編の経緯との間でも整合性が認められる。²¹

また、公的保険の適用範囲は政府が決めるのであるから、その判断次第では、現在健康保険が適用されている対象であっても、対象外、保険外となる可能性もある。²²

ところで、日本に対して様々な要求を出してくる米国の医療制度は、どのようなものであろうか。脚注14のiiとiiiでも一面を垣間見たが、米国の医療費は今後10年間、年率10%で増加する見込みであるらしい。経済成長では吸収できない数字である。また、2003年、米国民の医療保険加入率は、数値上の重複も含めて、民間保険68.6%、公的保険26.6%、無保険者16.6%であった。約4000万人が医療保険に加入していないわけであるが、この背景がまた悲惨である。民間保険のうち、雇い主が医療費の7割を負担する雇用主提供保険は60.4%を占める。しかし雇用主にとってはこれが負担なので、経営状態が悪くなれば保険料の安い保険へと切り替える。だが管理医療体制の下では保険によって主治医が決まっており、医療内容も保険料相当のものとなる。またそもそも、雇用主が保険に加入していない場合も多く、これが理由で無保険者となった比率は64%にも上るといふ。しか

も、保険会社は企業との間で包括的な契約を結ばず、医療内容が細かく定められるので、契約に無い治療については自己負担となるか、あるいは別途あらかじめ自分で保険をかけておいて対応するか、諦めるか、というところである。契約内容に盛り込んであっても、治療費が高過ぎると、企業が従業員を解雇することもあるらしい。高額な自己負担で蓄えをなくしてしまい、自己破産の憂き目を見る人も多い。医療費が原因の自己破産者は、毎年約200万人に上るといふ。そうすると、「最終的に無保険者になるか、あるいはメディケアという自治体の貧民救済的医療補助に頼るしかなくなる。その結果、自治体の財政を圧迫するという歪んだ構造がある。」²³

自己責任の先にある、優勝劣敗、弱肉強食ぶりは徹底していて、大企業の社員であれば、企業が保険会社に対して大口顧客としての圧力をかけるため、安い保険料で高度な医療も受けられる。しかし保険会社として市場原理の中で利潤を上げなければならないから、大口顧客に圧縮された分を小口顧客、すなわち自営業者や退職者等、個人で保険に入ろうとする人に割高な保険料を請求することで帳尻を合わせようとする。弱者ほど負担の重い逆進的システムである。²⁴

健康であることへの感謝や、病気に負けてたまるかといった気概のようなものは、日本よりも米国の方が定着しやすそうである。日本は国民皆保険制度によって今日の医療水準を実現した。盲腸の手術代が払えない低所得者が手術を受けられずに当然のように命を落としていた時代は過去のものとなった。しかしそのおかげで、日本人は現在の医療をあまりにも当然のことと考え、甘えているのかもしれない。

日本では入院期間が長いという。確かにその通りで、平均入院日数は、日本33.5日に対して米国7.8日である。したがってそこで無駄な医療費は発生しているのかもしれないが、米国では前述の通りの医療保険制度の下、保険会社が保険を適用する入院日数を短く定めているのが一般的であるという点も、同時に知っておかなければならない。また、外来の受診回数を国民1人当たりで見ると、年平均、日本21回、米国5.3回であることも、根は同じ現象である。高いと喧伝される医療費については、患者1人の受診1回当たり単価で見れば、日本0.7万円、米国6.2万円である。見方によってはかなり安い。しかも日本の場合、金額で上位1%の患者の医療費が医療費全体の26%を占め、2~10%の上位者が同様に38%、したがってここまでで医療費全体の約64%を占めている。他方、金額で下位75%の医療費が占める割合は全体の22%である。これは、例えば高齢者が診療所の待合室をサロン化することを批判し、そのような医療費の無駄を削るべきであるとする議論が、削減効果に関して言えばたいした意味を持たないことを示唆してくれる。しかも1000万円以上をかけるような高額医療を施された患者の9割は助かっていないそうであるから²⁵、「医療費高騰だ、削減しろ」などと言われても、「もう少し冷静に議論を構築して、効果的に無駄を削ってはどうか」と反論したくもなる。

わが国の医療制度改革は、いったい何処へ向かうのであろうか。我々はどうすればよいのか。このような問いに戻る前に、モンゴル国と中国の医療の現状について、整理しておきたい。

脚注と資料

- 1 i) World Health Organization, World Health Report 2000, pp.152-155, 192-195

The first is how to measure the outcomes of interest—that is, to determine what is achieved with respect to the three objectives of good health, responsiveness, and fair financial contribution (*attainment*). The second is how to compare those attainments with what system should be able to accomplish—that is, the best that could be achieved with the same resources (*performance*). (p.23)

ii) 用語やそれに含まれる諸指標の説明については同書144、149頁を参照。

- 2 世界銀行『世界開発報告2002』（西川潤訳）409～412頁・シュプリングー・フェアクラーク東京株式会社（2003年）

- 3 渡辺利夫「中国は少子高齢化に耐えられるか」産経新聞2007年1月15日

- 4 脚注1のi参照

- 5 以下は、引用としては長いものになるが、医師の立場から見た著作の極々一部であり、一つ一つが重く、これでも現場の様子を窺う情報量としては僅かなものであるから、敢えて掲げておきたい。

「保険診療では厚労省が認めた医療しか行えないという制限があります。つまり医学的に正しくても厚労省が認めない治療は禁止されているのです。医療が自動車の車検や人間ドックのように画一的であれば問題は生じません。しかし、病気の診療や治療は患者の顔が違うように様々なのです。（中略）

たとえ風邪と診断しても、抗生剤が必要な患者もいれば、急性肝炎の初期症状を疑う患者もいます。しかし保険診断名が風邪では、消炎鎮痛剤も抗生物質も処方できません。また肝炎の検査も不可能です。これを免れるためには、肺炎や急性肝炎などの病名を列挙して保険請求するしか方法がないのです。腹部の手術を行う際には、手術の前に抗生剤を予防的に投与します。しかしこの抗生剤の予防的投与は保険では認められていません。そこで病院側は肺炎などのウソの病名を加えざるをえないのです。抗生剤の予防投与なしに手術を行えば、保険診療上は正しくても、医師としての道義的責任が問われます。また脳梗塞で入院した患者は胃潰瘍の合併頻度が高いので、胃潰瘍の薬剤を事前に投与するのが常識です。そのためレセプトには脳梗塞と胃潰瘍の両方の病名が並ぶこととなります。もっと単純な例として、腹部の手術前には浣腸を行い消化管を空にして手術を行います。浣腸をするには便秘症との病名を加えなければ浣腸が査定されるのです。

（中略）保険診療は2500種類に分類されています。また使用される薬剤は一万数千もあります。ですから過剰診療、不適切な治療と難癖をつけるのは簡単なことです。」（122～123頁）

「医師の心理としては、患者が症状を訴えた場合、「我慢しなさい」と言うよりも、クスリを処方する方が楽なのです。さらにクスリ一剤よりも多剤の方が良く効くと思っ込んでいます。少ないクスリの量で症状が悪化した場合の不安からクスリが増えるのです。たとえば風邪の患者が受診したとします。風邪はウイルス性疾患ですから、細菌感染症に効果のある抗生剤は風邪には効果はありません。しかし、風邪の患者に抗生剤を処方する医師が多いのは、もし風邪の診断が間違いで、肺炎だった場合を恐れているのです。」（106～107頁）

「検査についても誤解を受けている部分が多いと言えます。風邪の患者に胸部エックス線や何本もの採血を行います。これは風邪の症状を示す様々な疾患を誤診しないためです。風邪と誤診しやすいのは、肺炎、急性肝炎、扁桃炎、白血病、髄膜炎、亜急性甲状腺炎、虫垂炎、クモ膜下出血など様々な疾患があります。（中略）医師にとっては過剰診療と非難されるよりも誤診が恐いのです。（中略）医師が誤診を恐れるのは、患者を思う気持ちも当然ですが、患者に訴えられれば裁判で負けるからです。」（107～108頁）

「人間ドックでは様々な検査を行います。健康人に多くの検査を行うのは、自覚症状がなくても病気が潜んでいるからです。このように健康人でさえ身体の隅々まで検査をするのに、症状のある患者になぜ検査をしてはいけないのでしょうか。健康人が胃透視で胃癌が見つかる確率は1000人に一人です。それならば腹痛患者1000人に一人以上は胃癌のはずです。（中略）一人の患者救うために100人の患者を調べることは、99人の検査が無駄になります。この考えが無駄な検査で病院が儲けているとの誤解を生んでいます。もし検査を過剰というならば、検査をしない医師を誤診で訴える社会を是正してほしいのです。」（108頁）

「一般国民の権利意識が高まるにつれて、医療訴訟も次第に増え最近では年間3000件以上の訴訟が新規に生じています。もし医療側の明らかなミスであれば、訴訟も当然ですが、医師の眼から見ても不可抗力の事例が多く見られます。」（109頁）

「これまでは医師が書くカルテはメモ程度でした。しかし最近ではこのカルテは非常に詳しく書かれるようになりました。このことは喜ばしいことと考えられますが、医師がカルテを詳しく記載するのは何らかの事故が起きた場合にそなえ、証拠書類としての対策なのです。（中略）医師や看護師は「患者中心の医療」と言いますが、患者の為と称するカルテ書きや文書類の雑務が多すぎて、患者のそばに行けないのです。この

ような本末転倒の医療を導いたのが訴訟社会なのです。訴訟社会と濃厚診療、濃厚診療と医療費高騰、この悪循環を止めなければいけません。」(110～111頁)

6 i) 鈴木 (前掲書) 55～57、92、117頁

医療は支出の中で人件費の占める割合が大きい分野で、一般産業の人件費の平均が10%以下とすれば、病院では50%前後であるという。また、診療報酬の制度から単純に考えれば、一人の医師が100人の患者を診察しても、あるいは三人の医師が計100人の患者を診察しても、病院の収入は同じである。しかし、これによって待ち時間が3分の1になったり、逆に3倍の時間をかけて診察してもらえたりすることはあっても、いずれにせよ病院の支出が3倍になるので、病院は倒産するだろうとのこと。

ii) <http://www.jtuc-rengo.or.jp/kurashi/kokohen/kaikaku/kokkaishingi/report20060613.html>

2006年6月13日、参議院厚生労働委員会で、政府提案の「健康保険法等の一部を改正する法律案」および「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」の採決が行われ、自民・公明の与党賛成多数により可決された際の質疑応答における、水田厚生労働省保険局長答弁によれば「市町村国保の保険料は平均7万8,000円、最高が11万6,000円で最低は2万4,000円。格差は4.9倍である。都道府県別では1.6倍の格差となる。」

7 結城康博『医療の値段』25～30頁・岩波新書(2006年)

8 結城 (前掲書) 20～22、31～32頁

9 <http://www.kenporen.com/>

10 <http://www.pref.osaka.jp/kansa/kessan/h17kessan/byouin6.pdf>

11 鈴木 (前掲書) 120、124頁

12 鈴木 (前掲書) 127～128頁

13 i) 日本経済団体連合会「産業競争力の強化と経済の活性化にむけて」(2002年10月15日)の中、「2002年度日本経団連規制改革要望」で「医療・介護分野」における要望として、次のような記述がある。なお、2003年度においても同様の要望が出された。※下線部は筆者による。

「規制の現状：国民健康保険における診療報酬の審査・支払業務は、国民健康保険団体連合会(国保連)に委託されている。しかし、2000年6月に旧総務庁が実施した「国民健康保健事業に関する行政監察結果報告書」によれば、国保連の1次審査による減額査定率の割合(15国保連で40.8%)に対し、保険者の申出に基づく2次審査による減額査定率の割合(59.2%)が上回っており、国保連における審査の精度に問題があることが指摘されている所である。」

「要望内容と要望理由：(要望)国保連によるレセプト審査・支払業務の効率化と精度向上を図るため、アウトソーシング化を進めるべきである。(理由)上記行政監察結果によれば、国保連における審査体制の充実は当面期待できない状況にあり、健保組合からの受託によって、既にノウハウを蓄積している民間事業者等を活用することで、審査精度の向上を図ることが期待できる。また、市町村国保については、レセプト点検奨励のために国庫補助が行われているが、これも民間事業者の活用によって不要となる。」

ii) 前田由美子「平成17年第15回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告」に関する分析、『日医総研ワーキングペーパー』(No.126)16頁(2006年)

iii) 厚生労働省「全国健康保険協会設立委員会(第1回)議事資料」のうち「全国健康保険協会の設立について」1、11頁ならびに「参考資料」4頁(2006年)

14 i) 上野智明「医療IT化への留意点」、『日医総研ワーキングペーパー』(No.98)1、3、8、10、12頁(2004年)※下線部は筆者による。

「IT化は時代の大きな流れである。しかし、かねてより「株式会社等による医療機関経営の解禁」や「保険者による直接審査・支払」を提案してきた「規制」を「改革」するこの会議(筆者注：内閣府総合規制改革会議のこと)の趣旨から察するに、上記の重要課題は国民医療の向上よりも、企業が医療提供と医療保険を包括した事業を「効率的に」行うことのできるIT環境作りが目的のように見える。」

「既に、医療機関がレセプト上に印字しているOCR文字は、審査支払機関からOCRデータとして保険者に有償で提供されている。OCRデータ、レセプト電算、オンライン請求のいずれも、医療機関のコスト負担で保険者側の業務軽減と審査強化が図られる構図である。IT化は時代の大きな流れであるが、今の流れが患者の「管理医療」に向けて道を開き、皆保険制度下のフリーアクセスを妨げることにならぬよう、留意する必要がある。」

「日本を市場にする諸外国を含めた製薬メーカーにとって、処方情報は喉から手が出るほど欲しいマーケティング情報でもある。現に先のe-Japan戦略Ⅱにおいては、患者番号、処方内容、購買情報などを新たなビジネスとして活用する図が掲載されていた。

「IT戦略本部の発表したe-Japan戦略Ⅱでは、「電子レセプトを担保にした金融機関からの融資」なる方策も発表された。確かにレセプトは診療報酬の債権である。しかし、医療機関が金融機関に患者の個人

情報の詰まったレセプトを担保として提供して良いものであろうか。」

「総合規制改革会議やIT戦略会議の方針を金科玉条として進められる医療IT化とは、審査支払機関や保険者側の効率化が中心のIT化である。その根っ子にはアメリカの戦略があると思った方が良い（事実、IT戦略本部や総合規制改革会議のメンバには外資系の委員もいる）。オンライン請求を実現するために、両者を結ぶことは技術的に可能である。しかし、その前に「患者」を中心とした前提条件の整理が必要なのではないだろうか。」

「OCRデータ、レセプト電算、オンライン請求、のいずれも、医療機関のコスト負担で保険者側の業務軽減と審査強化が図られる構図であり、しかも診療内容や医療政策決定のための圧倒的なデータが保険者側にのみ蓄積されることになる。これまで見てきた状況では、冒頭で述べた「保険者による直接審査・支払」や「管理医療」に向けてさらに道を開く方向に動いていることがわかる。そして総合規制改革会議の言う医療分野のIT化の推進「重要課題」には「患者」が抜けていることがわかる。例えば、重複受診をぎりぎりまで削り取ることで皆保険制度下の患者にとっては「フリーアクセス」の部分なくなる。最初にかかった医療機関がハズレなら次の医療機関での初診は自費となる。さらには医療費通知によって罪悪感を煽る。行き着く先は、患者への管理医療である。」

ii) 管理医療については、例えば時田信博「米国のマネージドケア」埼玉県保険医協会 <http://www.k3.dion.ne.jp/~stm/index.htm>を参照。

「マネージドケアは、医療コストを減らすために、医療へのアクセスおよび医療サービスの内容を制限する制度である。従来は、医師が医療を決定した。しかしこの制度では、決定権が医師から支払い側（保険者）に移り、医師以外の人によって医療が管理されることになった。その結果、医師の意見は参考にはされるものの、最終決定をするのは医師ではない。」

「マネージドケア (MANAGED CARE)とは、現在アメリカの主役となっている医療保険制度である。制度も文化も違う他の国の医療制度が、我々に役に立つのだろうかと疑問を持たれる者も少なくないと思う。しかし、マネージドケアは対岸の火事ではなくなりつつあり、いずれは我が国に取り入れられる制度と思われる。

アメリカでマネージドケア制度が発足・進展した背景には、医療費の高騰と、医療機関と医師が過剰になりつつある環境があったからである。これは現在の我が国でも共通の問題でもある。アメリカはこの制度によって医療費の伸びを抑え、病院数をかなり減らし医師の過剰を和らげるのに成功している。日本は米国の展開から5～10年遅れてその道を進むと言われており、この現象はあらゆる分野で観察されている。医療保険制度も決して例外ではない。」

「患者が自分で医師、医療機関を選び診療を受ける。医療費は患者が自分の負担分を支払い、あとは公的医療保険が医療機関に支払う。これが従来からの出来高払い制であり、我が国の状態でもある。アメリカでは健康保険が公的保険でなく民間保険会社である。アメリカでも従来はこの出来高払い制の保険 (FEE FOR SERVICE) を扱っていたが、この制度では医療費の高騰を抑えきれず、保険会社は法外な保険料を被保険者に請求しなければ成り立たなくなった。これに呼応して、被保険者は保険料が支払えなくなり、脱落し続けるようになった。そのため保険加入者の数が減ると、更に保険料を上げざるをえなくなるという悪循環に陥った。出来高払いの保険は次第に減少し、現在では全体の医療保険の15%までに落ち込んでしまった。

それに代わって成長し続けたのがマネージドケア組織である。マネージドケアとはMANAGED CAREであり、即ち管理される医療ケアである。この制度では保険加入者は、まず保険者（保険会社）に保険料を支払う。ここでいう保険会社がマネージドケア組織である。保険加入者が病気になって医療を受ける時は、今までのように自分で医師や医療施設を選ぶことはもはや出来ない。保険会社（マネージドケア組織）が指定した医師にかからなければならない。この指定された医師というのは専門医ではなく家庭医もしくは一般内科医である。例えば自分の疾患部位は目だから眼科に行こうと思ってもそれは否定され、いやでも専門医ではない家庭医に行かされる。その医師はGENERALISTとして何でも一応は診る。自分の力で診療可能と判断すればそのまま治療を続ける。つまり、患者の医療への選択と自由なアクセスは制限されるのである。こうして、診療コストの高い専門医に患者を送るのを出来る限り抑えるのである。その家庭医の報酬は、保険加入者一人当たりいくらという形でまとめて支払われるので、医療費を抑えない限り自分の収入減につながる。ただし、ある程度の専門医への紹介や入院は必要となるので、そのための予算をあらかじめ確保しておき、なるべくその範囲内で経費を抑えようとする。」

「マネージドケア組織は同時に、医療保険会社であり営利的に事を運ぶ。そのため、医療費抑制には医師、病院に強力な値引き圧力をかけ、交渉する。また、患者には医療へのアクセスを制限する。プライマリケアの医師（これは主として家庭医、一般内科医を指す）を門番医として使用し多くの医療問題を独断で対処させ、専門医への紹介、検査、入院など的高額な医療については、それがどうかを判断する

組織にかけ、検討させる。

こうしてマネージドケア組織は「金も出すが口も出し、医療の無駄を省く」というが、これに対してアメリカ医師会は、これでは過少医療となり、必要な医療をも省いてしまうとの見解を表明している。確かに、医療費はマネージドケアが導入されてから10～34%ほど下がり、平均で25%位低くなったとの報告がある。」

「カナダでは、国の提供による健康保険制度をとっている。我が国と同様ほぼ皆保険制である。しかし、アメリカの好景気に反してカナダでは経済が停滞し、もはや皆保険を国で保障できなくなり、マネージドケアに移らざるを得ないそうである。医療費の出来高払い制は、どこの国でも衰退している。我が国だけがこの趨勢に逆らうことは出来ないであろう。

しかし、マネージドケアのような制度が、我が国に導入されれば、「いつでも、誰も、どこでも」の平等性、普遍性を追求した医療制度も破壊されることになる。同時に、過少医療、高齢者への医療の質の低下、患者の権利の制約、医師の自主性の剥奪、医療機関への支払いの値引き・削減等が予期される。」

iii) しかし反面、米国では既にかなり前から、このような管理医療に伴う不満のため、逆に患者が医療機関を自由に選べる方式が現れており、日本型の自由なアクセスが望まれていることがわかる。例えば <http://www2.biglobe.ne.jp/~kanno/nik9901.htm>を参照。

「米管理医療で新型契約急増 医療機関を患者が選択 医療費抑制に限界（日本経済新聞1999年1月15日朝刊国際面より）」

「米国で普及する管理医療(マネージドケア)で、患者が医療機関を自由に選べる新型の契約形態が急増している。保険料は割高だが医療機関を自由に選択できる特約医療団体(PPO)の加入が増える一方、保険料は低額だが診療機関や受診内容の制約が厳しい会員制健康医療団体(HMO)の加入は伸びが鈍ってきた。高齢化や医療技術の高度化で、良質な医療サービスを求める傾向が強まっているためだ。国民負担が高まるのは必至で、HMOをテコに市場原理で医療費を抑制しようとしてきた米政府は、補助金の積み増しなど政策転換を迫られる可能性がある。」

「米保険医療協会(AAHP)によると、PPOの96年加入者は9,780万人。97年に1億人を突破したのは確実で、加入者は90年の3倍弱に増えた。一方、HMOの97年加入者は7,220万人で、90年の約2倍にとどまっている。」

「PPOはHMOより保険料が割高であるものの、医療機関や専門医を患者が自由に選択できる。医薬品の処方制限されるなどの制約も少ない。ただ特定グループ以外の病院や医師に診察してもらう場合は追加医療費を払う必要がある。病院や医師グループが企業向けに提供する事例が多く、完全自由選択型の一般医療保険に比べ保険料は1-2割安い。」

「過度な医療費抑制のあおりで従来型HMOが提供する医療サービスの質が低下しているとの批判もあり、米政府は患者の権利確立に向けた対策を迫られている。医療のコスト管理に限界が見え始めたことで、高齢者向けの医療補助強化などを求める動きも出そうだ。」

iv) <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/dai22/22gijiroku.html>

「第22回IT戦略本部 議事録」(平成15年12月18日)によれば、宮内義彦・総合規制改革会議議長の発言として、次のようなものがあった。

「規制改革について、いつも同じようなことを申し上げるかもしれないが、ここに書かれている以外のことでも申しあげると、大きくりな枠というか、より民間活力が引き出せる大枠づくりという意味で、競争政策の推進、あるいは確立ということが、やはり規制改革の一番大きな枠ではないか。そのところも全体の規制改革の推進の中で取り組んでいくべきだと思う。(中略)細かいことでもう一点申し上げさせていただくと、規制改革のところでは処方せん等の医療関係のことが書かれているが、規制改革会議ではかねてレセプトの電子化をやっている。レセプトの電子って何だということであるが、これが電子化され、その次にカルテの標準化・電子化ということになると、医療の内容が非常にデータが集積され分析されるようになる。そうすると、医療の標準化が進み、診療報酬制度も現在の方法からいわゆる定額払い、あるいは包括払いというふうに移行できるわけで、医療の効率的で高度な改革ができる。そこまでつながっていく一番ベースのところである。

これについて、例えば平成13年12月に策定された計画では、レセプトの電子化の目標が平成16年度で50%、18年度で70%という目標を設定しているが、実は今年の8月現在で4.7%しか進んでいない。このままではほとんど絶望的ななという状況になっている。そういう意味では各論で、各論の中でもやはり医療全体に影響を与える一番入口のレセプトのところでもたついているという事実もある。」

15 「e-Japan戦略II」については、内閣の「高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 (IT戦略本部)」の資料<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/030702e.japan.pdf>を参照。

特にその6頁「患者を中心に医療機関が連携。安価・安心・安全な医療で健康増進」なるテーマのもと、

右下部に、レセプトないしその情報の流れを矢印で示した箇所がある。それらが審査支払機関に流れ込むのは当然であるが、一部の矢印は金融機関に流れ込み、「新金融商品組成」と銘打たれた部分を通して、「投資家」のところで札束が積み重なるという立派な図になっている。

また7頁では次のように述べられている。「診療内容の確認、各健康保険組合への請求作業等が正確かつ迅速に行える仕組み（請求業務オンライン化による診療報酬請求業務の効率化及び合理化、金融機関を介した診療報酬債権の迅速なキャッシュ化、電子レセプトに係る診療報酬を担保にした金融機関からの融資等）を実現する。」

16 関岡英之『奪われる日本』17～21頁・講談社現代新書（2006年）

17 関岡（前掲書）23、26～27頁

18 2007年2月4日毎日新聞では、次のような報道がなされた。

「99～04年の全国の市区町村の納税者1人あたりの平均所得に関し、格差の度合いを示す「ジニ係数」を年ごとに割り出したところ、02年を境に上昇したことが3日分かった。ジニ係数は毎日新聞が東京大大学院の神野直彦教授（財政学）の協力を得て割り出した。平均所得の最高値と最低値の差は3.40倍から4.49倍に拡大、小泉純一郎前政権の間に地域間格差が開いたことを示した。神野教授は「感覚的に論じられてきたものを初めて定量的に示せた」と指摘しており、地域間格差は4月の統一地方選の主要争点になりそうだ。

毎日新聞は、総務省が毎年まとめる「市町村税課税状況等の調（しらべ）」に基づき、年ごとに市区町村別の総所得金額をその自治体内の納税者数で割って平均所得を確定。これをジニ係数を求める公式に当てはめた。

その結果、99～01年はほぼ横ばいだった数値が02年の0.070を境に上昇に転じ、04年には0.079になった。国内の個人所得のジニ係数が99～04年で0.007ポイント上昇というデータがあることが「格差論争」の根拠の一つとされており、市区町村別が2年間で0.009ポイント上昇したことは大きな数字だという。

平均所得の上位はほとんどが大都市部。04年には東京23特別区のうち9区が上位20自治体に入った。これに対し、下位は軒並み高齢化の著しい町村部。最高値と最低値はそれぞれ、99年は東京都港区の751万円、秋田県東成瀬村の221万円で、04年が港区の947万円、北海道上砂川町の211万円だった。

神野教授とともに作業にあたった慶応大大学院経済学研究科の宮崎雅人氏は「小さい所を大きな所が吸収するケースを考えれば、平成の大合併はジニ係数を下げる方向に働いたはずだ。実際の格差拡大は今回の結果より大きいのではないか」と分析している。」

19 関岡（前掲書）26頁では、次のように述べられている。

「要するに、米国にとって民営化はゴールではなく、簡保を弱体化させ、最終的には分割、解体、経営破綻に追い込み、M&A（企業の合併・買収）や営業譲渡などさまざまな手段を弄して、簡保が擁している百二十兆円にのぼる資産を米国系民間保険会社に吸収させることが最終的な狙いなのである。」

20 『成長のための日米経済パートナーシップ 2005年 日米投資イニシアティブ報告書』
<http://www.meti.go.jp/press/20050706004/050706nitibe2.pdf>を参照。※下線部は筆者による。

「米国政府は、米国企業はかねてから日本の医薬品、医療技術及び医療機器ビジネスに参画してきているが、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と指摘した。また、米国政府は日本政府に対して、営利企業による医療サービスの提供を認めること、又は可能な暫定的措置として、画像診断や透析・理学療法などの慢性治療といった定型的かつリスクの低い医療行為について営利企業への外部委託を認めることを要請した。

米国政府は魅力的な企業投資の観点から、いわゆる「混合診療」（保険診療と保険外診療の併用）の解禁についての関心を表明した。厚生労働省は、今後とも、米国政府の要望に応じて、2004年12月に厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣（規制改革、産業再生機構）、行政改革担当、構造改革特区・地域再生担当との間でなされたいわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意及び基本的合意に基づく改革の進展について、情報提供を継続する。

日本政府は、営利企業が医療サービスを提供することは法的に認められないものの、2004年10月以降、構造改革特区において、公的医療保険が適用されない自由診療の分野で、高度な医療については営利企業の参入が認められるようになっており、2005年5月には地方自治体から特区申請が提出されていると回答した。また、2006年の医療法改正に向けて、医療機関における非営利性の徹底のための規制の見直しを提言する検討会が設置されていることを説明した。さらに、日本政府は、血液検査を含む検体検査を営利企業に外部委託することは一定の条件の下で認められているものの、患者が危険にさらされるおそれがあるため、どんな医療行為でも医師以外の者に行わせることは認められない旨説明した。

いわゆる「混合診療」について、基本的合意に基づく今般の改革は、患者の要望に迅速かつ的確に対応するものであると述べた上で、日本政府は改革の内容とその進展について詳細な説明を行った。

米国政府は、特区において公的医療保険が適用されない自由診療の分野という狭い範囲のサービスしか認

められていないことは不十分であり、魅力的ではないであろうと応答した。また、参入機会が制限されていることに加えて、潜在的な投資家は、提供しているサービスが公的医療保険において保険償還の対象になると、市場からの撤退を余儀なくされうることを懸念せざるを得ず、そのような不安定な状況では、投資をすることはないだろうと応答した。さらに、米国政府は、日本の医療法では地方自治体の裁量のもとで営利法人が病院や診療所の経営を行うことを実際には禁止していないことを指摘し、日本政府が日本における経済的、財政的、人口動態的状况を変革する観点からこのような可能性を考慮すべきであると主張した。」

21 関岡（前掲書）36頁

22 本山美彦『売られ続ける日本、買い漁るアメリカ』111頁・ビジネス社（2006年）

23 本山（前掲書）99～101、102頁

24 関岡（前掲書）38～39頁

25 鈴木（前掲書）45～47、103～105頁