

## E. 結論

この自治体病院等広域化・連携構想（素案）で唯一、病院の存続が認められている地域が宗谷地域である。この地域には共通する特徴がある。それはどんなに小さな町でも介護施設を持たざるを得ないということである。例えば浜頓別町は人口4,582人（以下人口はH17国勢調査）であるが、特別養護老人ホーム（定員50人）、老人保健施設（定員50人）、グループ・ホームや小規模・多機能施設を備えている。猿払村（人口2,940人）は特別養護老人ホーム（定員30人）、豊富町（人口2,371人）は特別養護老人ホーム（定員100名）を備えている。いずれの町村もショート・ステイやデイ・サービスを実施しており、ところによっては経費老人ホームも備えている。持たざるを得ないといったのは、冬の寒さが大きな原因である。なにしろ冬場はマイナス30度にまで温度が下がる。このような地域では冬のシェルターが必要なのである。一方、中頓別町は養護老人ホーム（定員55名）、特別養護老人ホーム（定員55名）さらに知的障害者施設も持っている（いずれも社会福祉法人を立ち上げているが、事実上、町が財政負担をしている）。いわば、ここも田舎にあって福祉のデパートという感が否めない。病院経営に関して、先ほどの青木事務長の話からすれば、病床数を削ればよいのではないかとと思われるかもしれないが、ますます年齢が高まり重度化が予想されるこれらの施設の利用

者が入院した場合のことを考えて、ある程度はベッドを余分に持つておく必要がある。ここに、この地域のジレンマが存在する。

また危惧されるのは他地域の動向である。中頓別国保病院としては、オホーツク海側と内陸の名寄市を結ぶ中間地点としての地理的位置付を最大限に利用して、病院経営を行っていきたいと考えているようである。そのためには、少なくとも浜頓別の国保病院との統廃合という考え方が出てくるだろう。もちろん、浜頓別も様々な介護施設を抱えているため、そう簡単に統廃合に応ずるわけには行かないだろうが。ただし、浜頓別国保病院の人員費は高く、大鉦を振るわなければ、常識的には数年しかもたないような感がある。

仮に浜頓別国保病院が診療所になったとすると、一部の患者は他地域に行くとしても、およそ倍の外来患者、3倍の入院患者を中頓別国保病院で見る必要がある。現在、中頓別国保病院の常勤の医師は住友院長（内科）と地域医療振興財団からの派遣医師（外科）の2人であるが、旭川医大から外科、整形外科、神経内科の医師が出張診療をしてくれているようである。しかし恐らく、これでは足りず、医師の増やす必要がある。それには大きな問題が立ちはだかる。中頓別町の財政である。一般会計からの補填でみれば、水道に3,686万円、下水道に6,380万円の補填を行っているようだが、病院には1億5,052万円（以上、平成18年度）という大きな額が補填されてい

る。この部分は非常にデリケートな問題を含んでいる。今回は会うことができなかったが、町長が町民に対して“医療はこの水準を守り、あわよくばもっと良くしたい”と考えるか、“医療以外の所に関心を振り向ける”かによって変わってくる。残念ながら地域医療は首町次第というのは、同じ北海道のせたな町の事例を見てもよくわかるだろう。

おそらく、自治体病院の統廃合問題が本格化し始めるのは平成20年度からと思われる。病院の問題は地域の実情に密接に関連するので、単に赤字だから、病床利用率が低いからつぶすという考えではまともでない。病床利用率が高くとも、地域において残すべき病院か否かは別の要因で決定されよう。次年度は6で挙げたような事例研究を積極的に行っていきたい。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1.論文発表

「地域医療連携体制」『厚生サロン』第28巻  
2号,2008

「公立（自治体）病院の行方」『厚生サロン』  
第28巻3号,2008

##### 2.学会発表

なし

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1.特許取得

なし

##### 2.実用新案登録

なし

##### 3.その他

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「所得・資産・消費と社会保険料・税の関係に着目した  
社会保障の給付と負担の在り方に関する研究」

## 自治体病院と広域化、市町村合併

山本 克也

（国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第4室長）

### 1 はじめに

平成11年4月1日の篠山市を皮切りに始まった平成の大合併だが、現在のところ平成20年11月1日の伊佐市（鹿児島県の大口市、伊佐郡菱刈町が合併）までが決定している。合併市町村の合計は651か所であり、平成11年3月31日に3,232（市670、町1,994、村568）だったのが、合併の一応の期限であった平成18年3月31日には1,821（市777、町846、村198）となった。

合併を推進するために、国は様々な支援措置を講じた。例えば、

#### ○ 都道府県が行う合併支援事業に対する財政措置

合併市町村の一体化促進のために合併推進債（充当率90%、元利償還金の50%を普通交付税措置）を充当できる整備事業の対象に、新たに街路等を追加するとともに、過疎地域自立促進特別措置法等の規定に基づき都道府県が整備を行う市町村道を加える。

#### ○ 合併前に市町村が行う建設事業に対する財政措置

複数の市町村が連絡調整して一体的に実施する公共施設（原則として単独事業により整備するものを対象とするが、地域公共ネットワーク及び道路・街路については補助事業により整備するものを含む。）及び公用施設（法定協議会設置市町村において合併期日までに整備を行うことが必要不可欠な施設に限る。）の整備事業に要する経費に対して合併推進債を充当する。

#### ○ 合併支援のための公債費負担の平準化措置

合併市町村における旧市町村間の公債費負担の平準化を図るために行う地方債の繰上償還に伴う補償金（貸し手の得べかりし利子収入）の支払に対して、一定の要件のもとで特別交付税措置を講じる。

などがある。本研究においては、合併した市町村における自治体病院が、どのような変化を遂げるのかについて注目する。実は、市町村合併の議論に際して合併議論をあえて困難にしないためにも様々な問題は先送りにされ、自治体病院の在り方についても触れないことも多かった。しかし、市町村は二つの視点から自治体病院の抱える様々な問題について

取り組まなければならない。一つは市民の健康を守るという視点から、そしてもう一つは効率的な医療資源の配置を行わなければならないというものである。この二つの視点の背景は、医療費適正化の動きと公立病院ガイドラインの存在である。前者は厚生労働省が主に担い、後者は総務省が管轄している。本年は、まず、医療費適正化の流れ、公立病院改革ガイドラインの方向性（広域化、統廃合）を整理した上で、合併市町村の自治体病院の基本的な問題を取り扱っていく。

## 2 医療費適正化の動き

医療費の適正化（人によっては抑制であったり削減であったりするが）はいつ始まったのだろうか。医療費を適正化する手段には需要側を適正化する方法と、供給側を適正化する方法の二つがある。例えば患者自己負担の引き上げは需要側を適正化する方法であるし、診療報酬のマイナス改定などは供給側の適正化といえよう。ここでは、医療費の適正化がいつ行われ始めたと言えるのか、また、その方法はどのようなものからはじまったのか、そして現在はどのようなことが行われているのかを見ていく。

### 2.1 医療費の拡大と老健拠出金

昭和 36 (1961) 年 4 月に国民皆保険が成立した。といっても、当時の国民健康保険は給付率が 50 パーセントに過ぎず、健保との開きが大きかった。しかし、一方で昭和 35 (1960) 年 12 月に岩手県沢内村において 65 歳の老人の外来からはじまった老人医療費の無料化は、昭和 44 (1969) 年 12 月に東京都が 70 歳以上の老人の医療費自己負担分の無料化を行い、ついで昭和 45 (1970) 年 10 月から京都府が 80 歳以上の老人を対象に償還制で無料化を行うというように拡大していった。いわゆる革新自治体の攻勢に対して、政府は昭和 47 (1972) 年 6 月に老人福祉法の一部を改正し、昭和 48 (1973) 年 1 月から全国一律に 70 歳以上の老人に対し、医療費の自己負担分を公費により現物給付することにした。

この昭和 48 (1973) 年の老人医療費支給制度の創設（老人医療のいわゆる無料化）は、医療に対するアクセスを容易にしたという点でまさに医療拡大政策のピークの時期であった。特に老人医療費支給制度はこれまでなら医者に掛からなかった老人の潜在的医療需要を喚起し、老人の受診率を引き上げ、1 件当たり医療費も大幅に伸びたといわれる<sup>1</sup>。

間接的には老人医療費支給制度の影響もあって、国民健康保険の赤字はますます深刻になっていった。なにしろ、被用者は退職後に国民健康保険に移行する。構造上、国民健康保険制度は高齢者が滞留する制度といえた。したがって、被用者保険と国民健康保険の間に老人の加入率の格差によって老人医療費の負担に著しい不均衡が生じることが問題となりはじめ、昭和 58 (1983) 年 2 月に老人保健制度が創設された（昭和 59 (1984) 年 10 月には退職者医療制度も創設されたが、医療費に対するインパクトという点では無視しうる）。

<sup>1</sup> 場所によっては、「医者をあげる」という言葉が残っている。「あげる」とは「芸者をあげる」と同じで、医者にかかるのは贅沢なことであった。

老人保健制度は、各健康保険の保険者の拠出金を中心に運営される。そしてこの拠出金は、老人医療費の公平な負担を実現するため、各保険者の老人加入率の違いによる負担の不均衡を是正し、どの保険者も同じ割合で老人が加入しているものと仮定して算定(加入者按分)する方法をとっている。それは、老人保健制度が基本的に老人の加入割合の高い国民健康保険の救済策であったことに由来する。各保険者の老人医療費のうち、このように老人加入率の格差を是正したうえで拠出する部分の割合を加入者按分率という。老人保健法施行当初は、加入者按分率は50%以下であったが、昭和61(1986)年の老人保健法改正において段階的に引き上げられることとされ、平成2(1990)年からは100%となっている。これにより、老人加入率の格差による負担の公平化が実現したが、老人加入率の少ない健康保険の負担が急増し、健康保険組合の財政が悪化した<sup>2</sup>。さすがに平成3(1991)年の老人保健法改正の中で、老人保健施設、介護力強化病院や老人訪問看護等に要する費用については公費負担割合を3割から5割に引き上げるといふ措置が施されたが、老人医療費は増大し続けたため、拠出金により被用者保険の財政は悪化し続けている。業を煮やした健保、例えばサンリオ健保組合のように老人保健拠出金の半額について支払い猶予を求める(平成11(1999)年)といったことも起こった。

## 2.2 老人保健制度

拠出金の問題は、結局、老人の医療費をどう抑制していくかという問題に帰着する。老人保健制度は(1)外来は400円/月、入院は300円/日(2月を限度とする)、(2)自己負担分以外の老人保健の財源については、その70%を各保険者が共同で拠出し、残り30%は国と地方自治体が負担する方式で昭和58(1983)年2月1日から始まった。その後、図1に見られるように、基本的に老人保健による医療給付は平成12(2000)年の介護保険の導入まで右肩上がりであり、最近、やや低下しているというのが現状である。

ここでやや低下しているという原因の一端は、介護保険の導入の他に平成12(2000)年12月の老人保健法の改正がある。平成12(2000)年9月12日の第150回臨時国会に、総選挙前(投票日6月25日)に提出されたのと全く同じ改革案が再提出されて11月30日可決、平成13(2001)年1月1日から施行されることになった。すなわち、老人自己負担定率1割(外来では200床以上の大病院では上限を5,000円とし、200床未満の病院または診療所では上限を3,000円とした。ただし、診療所では月に受診4回までを限度として1回800円の定額制も選択できることになった。入院治療については上限を3万7,200円とした)の導入である。

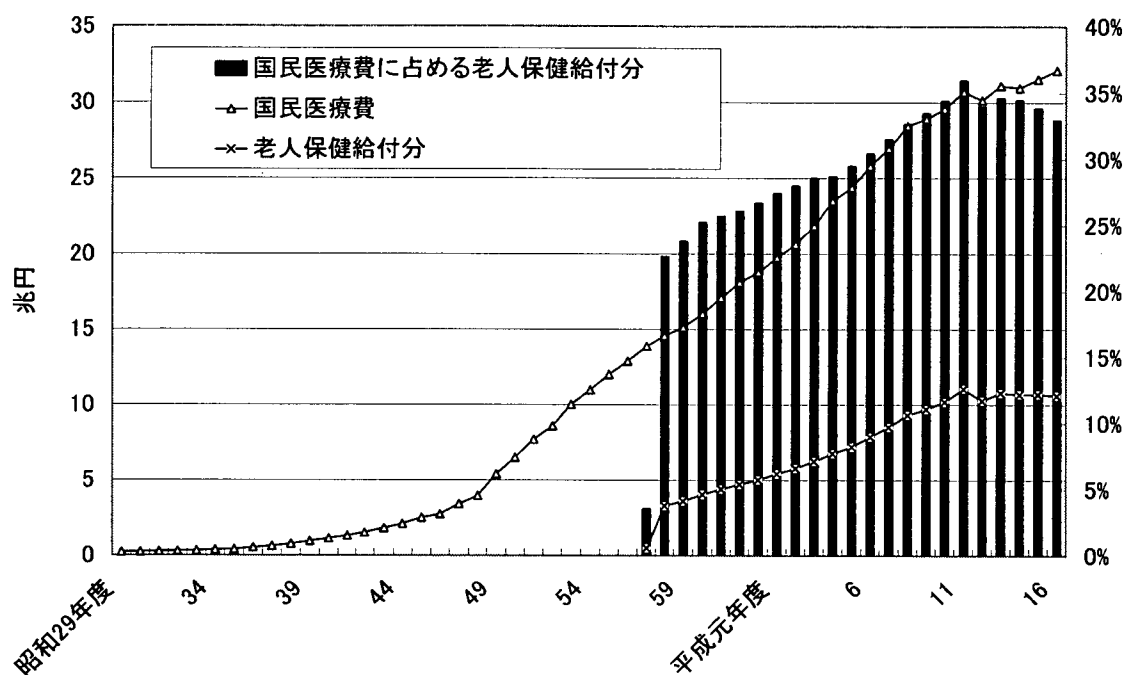
この改正には長い布石があり、平成9(1997)年の改正に遡る。負担から見れば平成9(1997)年の改正は、(1)老人自己負担引き上げ(外来500円/日、ただし月に4回を限度、入院は1,000円/日)および(2)薬剤一部負担導入<sup>3</sup>(内服1日分1種類0円、2~3種類30円、

<sup>2</sup>横山和彦・田多英範(1991)『日本社会保障の歴史』、学文社

<sup>3</sup>1999年(平成11年)7月から、1年間の特例措置として、老人薬剤一部負担を全額国費で負担すること

4～5種類 60円, 6種類以上 100円, 外用薬 1種類 50円, 2種類 100円, 3種類以上 150円, 頓服 1種類 10円) の二つであったが薬剤一部負担導入はこれまでの改正とは毛色の異なるものである。これは改正に先立つ「今後の老人保健制度改革と平成9年改正について」という老人保健福祉審議会の報告書に“患者一部負担について 1. 若年世代と高齢世代の世代間の負担の公平化, 2. コスト意識の一層の喚起を図るといった観点から「引き上げることが必要」という表現があったことによる<sup>4</sup>ものと言われている。

図 2.1 国民医療費と老人保健給付費の推移



注) 「国民医療費 各年版」厚生労働省

そして、平成 14 (2002) 年 10 月からは、(1) 定率 1 割負担 (外来は完全に、入院は上限あり) のほか一定以上所得者に 2 割負担を導入し、(2) 外来一部負担金に係る月額上限及び診療所に係る定額負担選択制を廃止した。もっとも、平成 15 年の改正では老人保健と関連するところでは薬剤一部負担が廃止された。また、健康保険制度一般としては健康保険の一部負担割合が一律 30% になった。この平成 14 (2002) 年 10 月の 1 割負担導入をもって老人医療の聖域化が終末を迎えたとする見解もある<sup>5</sup>。

になった。

<sup>4</sup> 「'80・90 年代の医療保険の歴史と現状」(京都府保険医協会) によれば、この自己負担を増額しようという意思が平成 9 (1997) 年改正の薬剤一部負担導入につながり、また、平成 12 (2000) 年の老人自己負担定率 1 割の導入につながったとしている。

<sup>5</sup> 前掲、「'80・90 年代の医療保険の歴史と現状」(京都府保険医協会) はこの見解を取っている。

## 2.3 抜本的改革か？

平成 18(2006)年以降の改革は、「医療保険制度改革大綱」(平成 17 年 12 月 1 日政府・与党医療改革協議会決定)に沿って順次進められた。主なものを挙げておこう。平成 18(2006)年 10 月より、現役並み所得を有する 70 歳以上の者の一部負担金(窓口負担)が 2 割から 3 割となった<sup>6</sup>(経過措置あり)。また、高額療養費の自己負担が変わり、70 歳未満と 70 歳以上が共に上位所得者<sup>7</sup>と一般所得者の自己負担が増額された(低所得者は変更がなかった)。とくに 70 歳未満の上位所得者は、対象者の所得の下限が引き下げられ(標準報酬月額が 56 万円以上→53 万円以上)た。また、入院時生活療養費が新設された。これは、療養病床に入院する 70 歳以上の者の食費の負担額が変わるとともに、新たに居住費(光熱水費)の負担が追加された<sup>8</sup>。

平成 19(2007)年 4 月からは、標準報酬月額の上下限が変更になった。現在標準報酬月額は下限 9 万 8 千円、上限 98 万円から下限が 5 万 8 千円、上限は 121 万円となった。併せて標準賞与額の上限も変わり、1 ヶ月当たり 200 万円が年度の累計額 540 万円になった。

平成 20(2008)年 4 月からは自己負担割合が変更される。70 歳以上の一般所得者については療養の給付にかかる一部負担金の割合が、現行の 1 割から 2 割に改正される。また、現在 3 歳未満の乳幼児については一部負担金の割合が 2 割となっているが、少子化対策の観点から今後は義務教育就学前までに拡大される。また、高額介護合算療養費が新設される。これは、療養の給付に係る一部負担金等の額及び介護保険の利用者負担額(それぞれ高額療養費又は高額介護サービス費若しくは高額介護予防サービス費が支給される場合には当該支給額を控除して得た額)の合計額が著しく高額である場合、負担の軽減を図る観点から高額介護合算療養費が支給される。そして、今般の改革の目玉と言えるのが新たな高齢者医療制度の新設である。65 歳以上 75 歳未満の者は前期高齢者としてこれまでの医療保険制度に加入し、75 歳以上の者は新たに都道府県ごとに設置される広域連合が運営する後期高齢者医療制度に加入することになるのである。

ここまでをまとめてみよう。いわゆる制度改革にはパラメトリックな改革(保険料の変更、各種の率の変更に代表される)とパラダイマティックな改革(制度の根幹を変更する)がある。パラメトリックな改革部分としては、課税ベースの拡大(標準報酬月額の上下限の変更)、自己負担の引き上げ(マイナーなところでは埋葬料(費)・家族埋葬料の引き下げ)という形での負担増が決定している(景気のいい話は上述の子供の自己負担の引き下げと、出産育児一時金・家族出産育児一時金の支給額が 30→35 万円になったことぐらいである)。医療サービスの需要側から見た場合、今後は大幅な負担増が待ち受けているようである。

<sup>6</sup> ※ 現役並み所得を有する者とは、標準報酬月額が 28 万円以上である 70 歳以上の被保険者及びその 70 歳以上の被扶養者。単身世帯で年収 383 万円、夫婦世帯で 520 万円未満であるときは申請により 1 割となる。

<sup>7</sup> 上位所得者とは、平成 18 年 10 月からは診療月の標準報酬月額が 53 万円以上の被保険者及びその被扶養者。平成 18 年 9 月までは、標準報酬月額が 56 万円以上の被保険者およびその被扶養者。

<sup>8</sup> ただし、難病等の入院医療の必要性が高い者の負担額は変更前の額に据え置かれる(居住費の負担は無い)。

パラダイマティックな改革部分と言えば後期高齢者医療制度であろう。これまで、高齢者は元の健康保険制度に加入しながら、医療給付は老人保健制度から受けるという形態を取っていた。しかし、今度の制度は75歳以上になると健康保健制度から抜け、新たな制度に入ることになる。これは、表面上はパラダイマティックな改革と言えるかもしれない。

## 表 2.1 改革大綱の内容

### 1 医療費適正化の総合的な推進

#### (1) 医療費適正化計画の策定

○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、国が示す基本方針に即し、国及び都道府県が計画(計画期間5年)を策定【平成20年4月】

#### (2) 保険者に対する一定の予防健診等の義務付け

○医療保険者に対し、40歳以上の被保険者等を対象とする糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導の実施を義務付け【平成20年4月】

#### (3) 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を2割から3割に引き上げ【平成18年10月】
- 療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の負担を見直し【平成18年10月】
- 傷病手当金・出産手当金の支給率等を見直し【平成19年4月】
- 70歳から74歳までの高齢者の患者負担を1割から2割に引き上げ【平成20年4月】
- 乳幼児に対する患者負担軽減(2割負担)の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前まで拡大【平成20年4月】

#### (4) 介護療養型医療施設の廃止【平成24年4月】

### 2 新たな高齢者医療制度の創設

#### (1) 後期高齢者医療制度の創設【平成20年4月】

- 75歳以上の後期高齢者の保険料(1割)、現役世代(国保・被用者保険)からの支援(約4割)及び公費(約5割)を財源とする新たな医療制度を創設
- 保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が実施
- 高額医療費についての財政支援、保険料未納等に対する貸付・交付など、国・都道府県による財政安定化措置を実施

#### (2) 前期高齢者の医療費に係る財政調整制度の創設【平成20年4月】

- 65歳から74歳までの前期高齢者の給付費及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、国保及び被用者保険の加入者数に応じて負担する財政調整を実施
- 退職者医療制度について、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として、現行制度を経過措置として存続

### 3 保険者の再編・統合

#### (1) 国保の財政基盤強化

- 国保財政基盤強化策(高額医療費共同事業等)の継続【公布日(平成18年4月から適用)】
- 保険財政共同安定化事業の創設【平成18年10月】

#### (2) 政管健保の公法人化【平成20年10月】

- 健保組合の組合員以外の被保険者の保険を管掌する全国健康保険協会を設立
- 都道府県ごとに、地域の医療費を反映した保険料率を設定

#### (3) 地域型健保組合【平成18年10月】

- 同一都道府県内における統合を促進するため、統合後の組合(地域型健保組合)について、経過措置として、保険料率の不均一設定を認める

### 4 その他

- 保険診療と保険外診療との併用について、将来的な保険導入のための評価を行うかどうかの観点から再構成【平成18年10月】
- 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を実施【平成19年3月】等

(注)【 】内は施行期日

一方で、後期高齢者医療制度は都道府県の役割が大きくなるという点では今までと思想が



異なる。これまで、国保は市区町村が保険者、政管健保は国が保険者、組合健保は各種組合が保険者という形態であった。もちろん、都道府県も例えば老人保険制度の公費負担の一部を担うという形で健康保険制度に関わっては来たが、どちらかといえばサボっている感が否めなかった。それが「運営については、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う。広域連合の財政リスクの軽減については、国・都道府県が共同して責任を果たす仕組みとする」となっていることから、都道府県の役割が大きくなる。

## 2.4 適正化の方向性

昭和 48(1973)年の老人医療費支給制度の創設（老人医療のいわゆる無料化）から平成 13(2001)年の老人自己負担定率 1 割までは、老人医療は聖域であった。それまでは多少の自己負担の増額があっただけであり、やはり、高齢者に負担を強いるという政策は取ってこなかった。しかし、事態は一変する。平成 13(2001)年 1 月に設置された経済財政諮問会議（森内閣時）を同年 4 月に小泉内閣が引き継ぎ（合わせて総合規制改革会議がスタート）、6 月にはいわゆる骨太の方針が出された。医療・介護に関しては、

- ・ 社会保障番号制，社会保障個人会計の導入に向けた検討
- ・ 医療機関経営の近代化・効率化，株式会社方式による経営などを含む経営に関する規制見直し
- ・ 保険者と医療機関の直接契約
- ・ 公民ミックスによる医療サービスの提供など公的医療保険の守備範囲見直し
- ・ 老人医療費の伸びが経済の動向と大きく乖離しないよう，目標となる医療費の伸び率を設定し，その伸びを抑制するための新たな枠組みを構築する

等が出された。また，12 月には総合規制改革会議の第 1 次答申として、

- ・ 保険者によるレセプト自主審査，支払い
- ・ 保険者と医療機関の直接契約
- ・ 特定療養費制度の対象範囲拡大，患者の選択による公的保険診療と保険外診療の併用
- ・ 株式会社などを含めた医療機関経営のあり方を検討
- ・ レセプトのオンライン請求を中心とする電子的請求の原則化
- ・ 医療法人における理事長要件の廃止
- ・ 205 円ルールの廃止等

が出た。そして，平成 14(2002)年の診療報酬の初のマイナス改定へ（これ以降，マイナス改定が基調となる）とつながっていく。

同年 6 月の骨太の方針 2002 では、

- ・ 「国債発行 30 兆円以下」の基本精神を受け継ぎ，国債発行額を極力抑制
- ・ 保健医療システム，診療報酬体系，医療保険制度のすべてにわたり改革を継続する

が出され，10 月には、

- ・ 70歳以上高齢者1割負担（一定所得以上は2割）
- ・ 老人医療の対象者を70→75歳、公費負担割合を3→5割へ5年間で段階的に引き上げ
- ・ 老人医療費の伸びを適正化するための指針
- ・ 3歳未満は2割負担

という、現在の制度を予感させる事項が出てきた。いずれにしても、小泉内閣（小泉純一郎本人？）発足まで、聖域に手をつけたり、既得権益に挑もうとしたりした者はいなかった。医療に関して言えば、医師会を敵に回してまでも診療報酬に手をつける者はいなかったのである。

### 3 供給側の適正化

以上は需要側の適正化の動きを中心に考えたが、最後の方で診療報酬の引き上げについて触れた。診療報酬の引き下げは、供給側をコントロールする上で非常に重要な手段である。しかし、あからさまに診療報酬を引き下げるといふ形に至るには長い歴史的展開があった。次に、この供給側の適正化を見ていこう。

わが国には医療の法体系として、医師全般の職務・資格などに関して規定した医師法と病院・診療所・助産所の開設及び管理・整備の方法などを定めた医療法、そして、医薬品・医薬部外品・化粧品及び医療機器に関する運用などを定めた薬事法がある。今回取り上げるのは、まさにわが国の医療の供給体制を決定している医療法である。

医療法は昭和23(1948)年7月末に成立し、その年の10月末から施行された。医療法では、病院、診療所（介護老人保健施設は昭和62年の医療法の一部改正で入った）、その他の医療を提供する施設を医療提供施設としてそれぞれ以下のとおり定義し、医療がこれを受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならないとしている。

- 病院 - 医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、二十人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。
- 診療所 - 医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は十九人以下の患者を入院させるための施設を有するものをいう。
- 介護老人保健施設 - 介護保険法の規定による介護老人保健施設をいう。

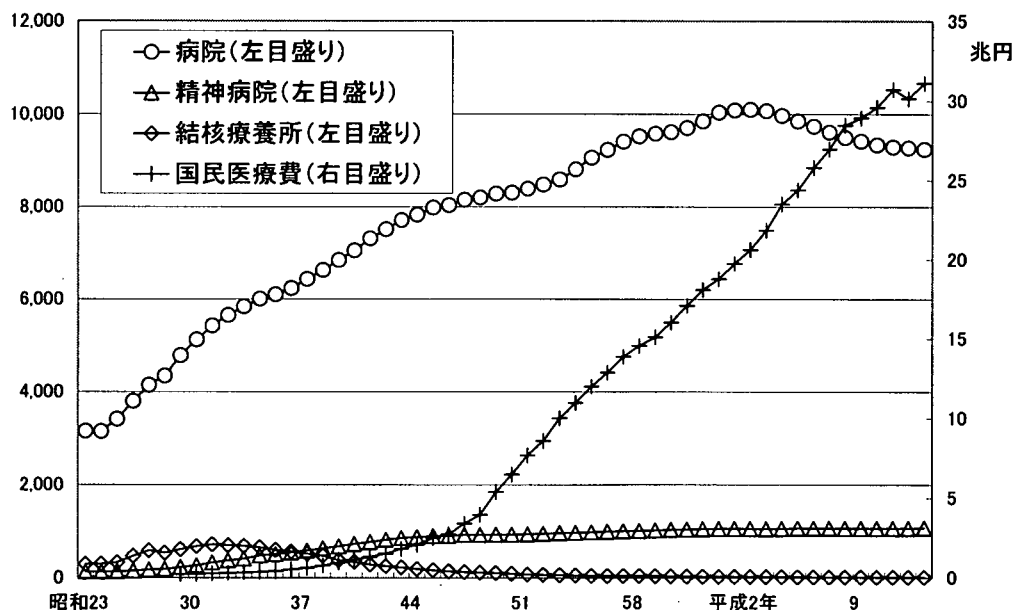
とくに医療法において有名な条文が、第7条：営利性の排除「営利を目的として、病院、診療所または助産所を開設しようとするものに対しては許可を与えない。」であり、これが株式会社の参入を阻む根拠の一つとなっている。今回は、この医療提供体制を規定している医療法の展開を追っていくことで医療供給側の適正化の動きを見ていこう。

### 3.1 医療法の展開 —第一次改正まで—

上述のように、昭和 23 (1948) 年に施行された医療法は昭和 60 (1985) 年に至るまで改正がなかった。これは、医療法の目的が、“戦後の医療機関の量的整備が急務とされる中で医療水準の確保を図るため、病院の施設基準を整備することであった”ことによろう。事実、(戦前からだが)戦後まもなくも感染症等の急性期患者が中心の時代であり、まず、数量的に病院を確保することが急務であった。

このこととほぼ対応するように、病院数は着実に伸びていった(図1)。ここでひとつ注意を要するのは、この時期の医療法は特に病院の設置基準を設けるだけで厚生(労働)省が自ら病院を設置するという方法はほとんど取っていなかったということがある。いわば、わが国の病院は民間主体であることをこの昭和 23 (1948) 年の医療法が規定していることになる。この方法は短期的には国にとって非常に”安上がり”に病院を増加させることになった。

図 3.1 主な病院種別の変遷



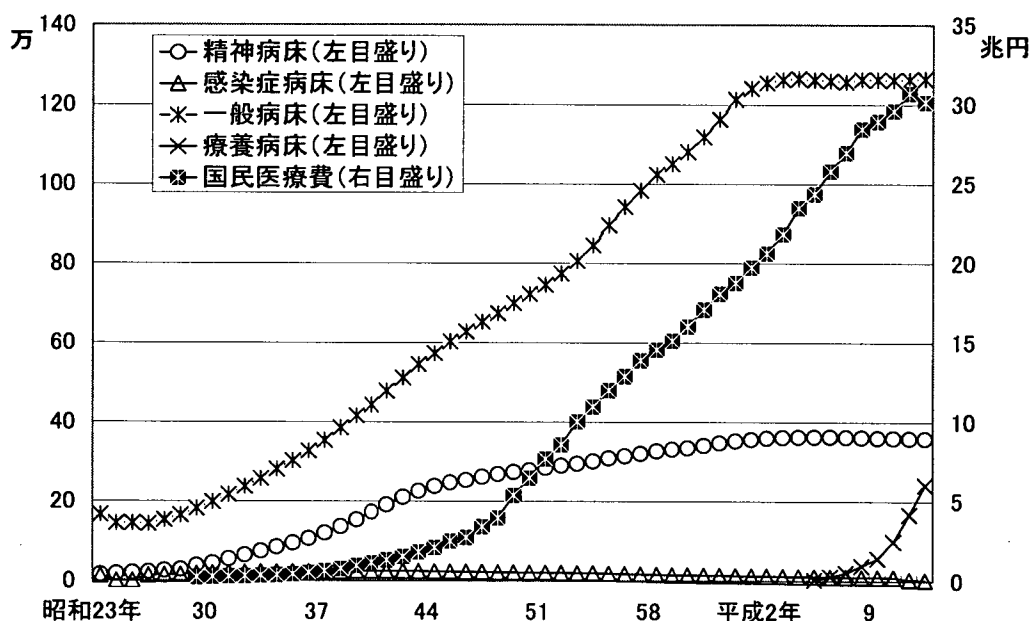
注) 医療施設調査平成 17 年版, 厚生労働省

図 3.1 に病院数の医療法施行以後の主な病院種別の変遷を上げた。これによれば、結核療養所は昭和 33 (1958) 年に 713 箇所をピークを迎え、100 を切るのが昭和 50 (1975) 年の 87 である(精神病院は昭和 46 (1971) 年の 900 を超えるまで、平均で年約 10 パーセントの伸びで増加していった)。一般病院の方は平成 2 (1990) 年までは年率 3 約パーセントで増加していたが、平成 3 年から減少していくことになる。もっとも、わが国でもっとも恐れられた結核に対処する結核療養所は昭和 34 (1959) 年を境に減少に転じており、いわば感染症の代

表とも言える結核患者のピークも減少に転じたこの時点で一般病院の増加にも歯止めをかけるべきであったと思われる。

病院数もさることながら病床数の変遷も見逃せない（図 3.2）。病床数の増え方は病院のそれよりも大きかった。昭和 23 (1948) 年を基準として病院数が倍になるスピードと病床数が倍になるスピードはほぼ同じであったが、3 倍になるのに病院は昭和 58 (1983) 年までの 35 年かかったが、病床の方は昭和 42 (1967) 年のわずか 19 年で 3 倍に増加した。俗に入院の 3 要素（コストを高める）を、病床数，平均在院日数，職員数であるとする。まさに病床数の増加が入院費高騰の一因であった。

図 3.2 主なベッド種別の変遷



注) 医療施設調査平成 17 年版，厚生労働省

病院・病床を増加させるために医療法は自由な開業を認めたことが反って病院・病床の過剰化を招き、資源の集中へと向かわなかった。表 1 に挙げたようにわが国の病院の約 7 割は医療法人立・個人立の病院であり、400 床未満の中小病院が約 9 割という状況である。まさに、医療資源が分散化・希薄化している現状がある。

昭和 60 年に医療法は改正される。これは、医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことを踏まえ、医療資源の地域偏在の是正（全国を 2 次医療圏と 3 次医療圏に分けて医療施設を整備）と医療施設の連携の推進を目指した改正であった。また、高齢化に伴う疾病構造の変化への対応を始めた。実態は急激に増大した病床を抑制する必要性が出てきたことに対応し、地域医療計画に基づいた必要病床数（必要病床を満たせば新規の増床や新規参入の病院を認めないことが可能となる）を決定するのが改正の趣旨であった。医療計画

は「地域の体系的な医療提供体制の整備を促すために（中略）、各都道府県が医療を提供する体制の確保に関する計画を定めるもの」であって、医療計画には「医療圏（医療計画の単位となる区域）の設定及び基準病床数<sup>9</sup>の算定」などを定めることとされている。

表 3. 1 医療施設数・構成割合，開設者・一病床規模別

		各年10月1日現在					構成割合(%)
開設者 病床規模	施設数					平成17年 (2005)	
	平成8年 (1996)	平成11年 (1999)	平成14年 (2002)	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)		
		開設者別					
病院	9 490	9 286	9 187	9 077	9 026	100.0	
国	387	370	336	304	294	3.3	
公的医療機関	1 368	1 368	1 377	1 377	1 362	15.1	
社会保険関係団体	134	131	130	129	129	1.4	
医療法人	4 873	5 299	5 533	5 644	5 695	63.1	
個人	1 875	1 281	954	760	677	7.5	
その他	853	837	857	863	869	9.6	
		一般診療所					
一般診療所	87 909	91 500	94 819	97 051	97 442	100.0	
国	573	578	586	620	633	0.6	
公的医療機関	4 058	4 224	4 186	4 119	3 964	4.1	
社会保険関係団体	861	848	828	776	750	0.8	
医療法人	17 782	22 680	27 108	29 528	30 941	31.8	
個人	56 193	53 973	52 326	51 730	50 693	52.0	
その他	8 442	9 197	9 785	10 278	10 461	10.7	
		歯科診療所					
歯科診療所	59 357	62 484	65 073	66 557	66 732	100.0	
国	1	1	1	1	2	0.0	
公的医療機関	335	338	326	310	304	0.5	
社会保険関係団体	20	19	12	13	13	0.0	
医療法人	5 924	7 007	7 499	8 281	8 971	13.4	
個人	52 745	54 793	56 934	57 610	57 110	85.6	
その他	332	326	301	342	332	0.5	
		病床規模別					
病院	9 490	9 286	9 187	9 077	9 026	100.0	
20～29床	296	246	195	185	180	2.0	
30～39	528	474	438	419	396	4.4	
40～49	710	683	694	651	638	7.1	
50～99	2 458	2 435	2 399	2 361	2 344	26.0	
100～149	1 541	1 464	1 456	1 460	1 442	16.0	
150～199	1 064	1 140	1 241	1 244	1 274	14.1	
200～299	1 278	1 244	1 165	1 151	1 149	12.7	
300～399	750	745	750	775	764	8.5	
400～499	356	358	360	350	354	3.9	
500～599	200	197	197	200	207	2.3	
600～699	132	132	127	123	123	1.4	
700～799	70	61	57	55	54	0.6	
800～899	31	34	35	34	34	0.4	
900床以上	76	73	73	69	67	0.7	
		一般診療所					
一般診療所	87 909	91 500	94 819	97 051	97 442	100.0	
有床	20 452	18 487	16 178	14 765	13 477	13.8	
1～9床	8 479	7 455	6 379	5 708	5 050	5.2	
10～19	11 973	11 032	9 799	9 057	8 427	8.6	

注) 医療施設調査平成17年版，厚生労働省

<sup>9</sup>地域ごとの医療提供上，必要とされる病床数のこと。

昭和 60 (1985) 年という年の雰囲気は以下のものであった。まず昭和 56 (1981) 年より第二次臨調が始まっていた。「増税なき財政再建」をスローガンに、三公社（日本国有鉄道、日本電信電話公社、日本専売公社）の民営化という形をひとつの象徴として結実した第二次臨調は、医療費の適正化と老人保健制度の早期実現をその第一次答申で出している。

第二次臨調は、前回は触れた昭和 57 (1982) 年の老人保健制度の追い風となった。同じ年に国民医療費適正化総合対策推進本部が厚生省に設置され、翌年の昭和 58 (1983) 年には「医療費亡国論」が吉村保険局長（当時、昭和 59～61 年事務次官。同年死去。）から出た。吉村の遺言とも言える (1) 給付と負担の公平化 (8 割給付) および (2) 診療報酬体系の改善 (3) 在宅医療の促進) を目指す「今後の医療政策の基本的方向—21 世紀をめざして」昭和 59 年に厚生省から出され、同年の健保法改正で被用者本人は 1 割負担（本則 2 割）、退職者医療制度、特定療養費制度、国保国庫負担の減額（45%→38.5%）などが決まった。そして、昭和 60 年の医療法改正（実は、病床規制を行う地域医療計画を含む改正案は昭和 58 (1983) 年 3 月に国会へ上程されたが、11 月の総選挙で廃案となっている）へとなだれ込んでいくことになった。上述の吉村自身<sup>10</sup>は早くから医療費の増大を問題視し、自らの死期を悟ったこともあって日本医師会や野党もちろん、自民党内部からの反発にも屈せずにこの「医療費亡国論」を出したと言われている。折しもオイルショックによる経済成長の鈍化を受けて行財政改革の波が押し寄せていた時期というタイミングもあつてのことであろう。吉村は一定の自己負担の必要、薬価の引き下げ（診療報酬に振り替えることをしない）、入院時の食事代の徴収、不正請求に関する医療監査体制の充実といった今日でも問題となっていることを既に 20 年以上も前に取り組んでいた。「医療費の伸びは経済成長の伸びの範囲に抑える必要がある」との主張は、何も経済財政諮問会議が言い出したことではないのである。しかし、昭和 60 (1985) 年の改正前後、わずかなタイムラグを狙って駆け込み増床という事態が生じたのは歴史の皮肉であろうか。

### 3.2 医療法の展開 —第二次改正以後—

その後も医療法は改正され続けている。平成 4 (1992) 年の第二次医療法改正では、医療提供の理念が規定されるとともに、人口の高齢化・疾病構造の変化・医学技術の進歩等に対応し患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するため、高度な医療を提供する特定機能病院と長期入院患者のための療養型病床群が医療法に位置づけられ、医療施設機能の体系化が進められた<sup>11</sup>。主な改正項目は、

- 医療提供の理念規定の整備、法文化
- 医療施設機能の体系化（特定機能病院、療養型病床群の制度化）
- 広告規制の緩和、院内掲示の義務
- 医療機関の業務 外注業者の許可基準の制定

<sup>10</sup> 水野(2005), pp109-114

<sup>11</sup> 「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書, p3

- 医療法人に関する規定の整備（標榜科名の政令化）

である。

また平成 9 (1997) 年の第三次改正では、医療機関の機能分担の明確化及び連携を促進するため地域医療支援病院制度が創設されたことを受け、医療計画制度においても、地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標、救急医療の確保などを「必要的記載事項」としたこと（要介護者の増大、医療の質の向上に対する要望に対応し、介護体制の整備、日常医療圏において通常の医療需要に対応できるような医療提供体制が必要となった）により、それまでの必要病床数の算定など医療提供体制の量的整備を中心的な目的としていた医療計画から新たな一步を踏み出すこととなった<sup>12</sup>。主な改正項目は、

- 医療提供に当たって患者への説明と理解
- 診療所への療養型病床群の設置
- 地域医療支援病院制度の創設
- 医療計画制度の充実
- 広告事項の拡大

である。

平成 13 (2001) 年の第四次改正では、地域において望ましい水準の病床を確保するという医療計画の意義が薄れたことを踏まえ、非過剰地域における必要病床数についても、その性格について、過疎地域等の必要な整備が抑制されないよう留意しつつ再検討を行った結果、従来の必要病床数から基準病床数へ名称が変更された。また、「その他の病床」が主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための「療養病床」と病院の病床のうち精神病床、感染症病床、結核病床及び療養病床以外の病床である「一般病床」に区分され、病床の機能分化の推進が図られることとなったことに応じ、経過措置を講じながら基準病床数の算定の方式を改めることとした。主な改正項目は

- 病床区分の再編成（急性期・慢性期病床の人員配置基準・構造設備基準）
- 必要病床数の算定式
- カルテ開示の義務化
- 広告規制の緩和
- 医師・歯科医師の臨床研修の必修化

である。

そして平成 18 (2006) 年には第五次医療法改正があった。改正法案名は「医療法等改正案―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―」である。第 5 次医療法改正の基本は「良質で安心・信頼のできる医療サービスの提供」を図ることを目的にした。主な改正項目は、

- 患者等への医療に関する情報提供の推進
- 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

---

<sup>12</sup> 同書 p3

- ・ 退院時調整等、在宅医療推進のための規定整備
- 地域や診療科による医師不足問題への対応
  - ・ 都道府県の「医療対策協議会」を制度化
- 医療安全の確保（医療安全支援センターの制度化）
- 医療法人制度改革（非営利性の徹底と社会医療法人の創設）
- 有床診療所に対する規制の見直し

である。

### 3.3 医療提供上の問題点と対策

わが国の医療提供上の問題点は、病床が過剰であるために医師や看護師を中心としたコ・メディカルの配置が薄くなり、結果として手厚い医療が供給されずに治癒期間が長くなる。その結果、平均在院日数が長くなり、医療費も高くなるという悪循環に陥っているといわれる。ある意味で、この非効率性をどうにかしようということで上述の医療法を厚生（労働）省は改正してきたという経緯がある。

まず昭和 60 (1985) 年改正で入れられた地域医療計画の策定は、いわば二次医療圏内で医療を完結させるために病床の整備または制限を加えようというものであった。これに対しては、例えば経済産業省の医療問題研究会報告書<sup>13</sup>では、

第 1 に病床不足の二次医療圏が現在も存在し有効な施策が講じられていないこと、第 2 に地域医療計画では二次医療圏ごとの一般病床数だけは明示しているものの、その際の病床機能については、ICU (Intensive Care Unit) から長期療養病床までが同一カテゴリーで扱われていること、第 3 に医療法で規定された医師の地域別遵守率が北海道・東北で 39.5%であることや、診療報酬において医療法で定める看護基準の 3 : 1（第 4 次医療法改正以前は 4 : 1）に満たない場合の看護料が設定されていることからみても地域医療計画存在が何ら拘束力を持たないものと指摘できる

としていた。この点については第五次の改正で対策が講じられた。しかし、二次医療圏で見れば過不足はあったが、過剰地域にそれ以上の病床が増えるということだけは防いだものといえよう。

次の第二次改正は病院の機能分化を企図し、かつ、優秀であるはずの病院に対しては在院日数も縮減してもらおうという意図があった改正である。まず、病院自体の整理としては、急性期かつ重篤な疾患の場合はかかりつけ医を通じて特定機能病院<sup>14</sup>へ行ってもらおう。

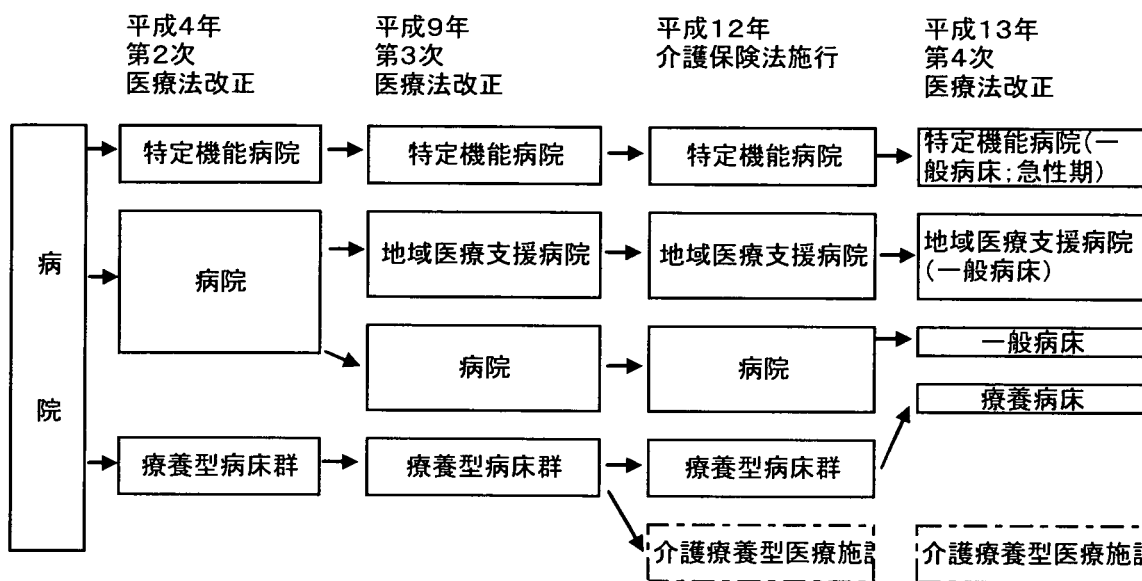
<sup>13</sup> 経済産業省サービス政策課「医療問題研究会 報告書」平成 13 年 12 月

<sup>14</sup> これは、高度医療の提供、高度医療技術の開発・評価、高度医療の研修を実施する医療機関を指定する制度で、1) 各医療機関の持つ機能や特質に応じた体系化を進め、2) 大病院へ集中する患者の分散化を図り、3) 医療資源を効率的に活用することが目的であった。そして、その要件は (i) 内科、外科、歯科等の基本的診療のうち 10 科以上、(ii) 病床数 500 床以上、(iii) 紹介患者率 30%以上、(iv) 集中治療室、医薬品情報管理室、化学・細菌等の検査施設、病理解剖室、無菌病室の確保、である。全国の大学病院と国立循環器病センターと国立がんセンターの計 81 施設が特定機能病院に指定された（東京女子医科大学病



それより軽度な場合には、やはりかかりつけ医から中小の病院にいてもらう。そして、軽い疾患はかかりつけ医で治療をおこなってもらおうとするのがこのときのモデルであった。ただし、患者の流れがすぐにこのようになることはなく、やはり、大病院指向は容易に正されなかった<sup>15</sup>のが実情といえよう。

図 3.3 病床を巡る医療法の展開



機能分化は病院の平均在院日数を縮減するためにとられた政策手段でもある。これは、在院日数を縮減した場合の方が診療報酬に加算がなされるという形態で始まった<sup>16</sup>。平成 4 (1992) 年 7 月の医療法等の改正 (第二次医療法改正) で特定機能病院の制度を設けた。この指定を受ければ初診時特定療養費という名目で初診費用を加算できるため、高い初診料を嫌う患者は特定機能病院に外来患者として来なくなる。そこで、外来機能を縮小し入院患者 (= 重篤患者) の治療に専念できるような高機能病院への転換を誘導できることになる。もちろん、特定機能病院入院基本料や特定集中治療室管理料といった特定機能病院にのみ許される加算点数が高機能化への誘因を強くした。

院 (平成 14 年 7 月) と東京医科大学病院 (平成 17 年 8 月) は取り消され、平成 18 年 3 月に大阪府立成人病センターが加わった。

<sup>15</sup> しかし、この初診時特定療養費は平成 8 年 4 月の診療報酬の改正により、許可病床数が 200 床以上あれば認められるようになり適用拡大された。500 床に満たない中小病院は資本力にも乏しいため、高機能化することは事実上困難である。この診療報酬改正は単に中小病院に高い初診料をとらせることを認めただけにすぎないとも言えよう。ただし、平成 12 年 4 月の診療報酬改定では紹介加算 (許可病床数 200 床以上の病院の一般病棟に対する紹介率を指標とする加算) が新設された。これは、大規模病院の側に診療所や 200 床に満たない中小病院との連携作りを促し、紹介患者を増加させる努力 (機能分化) を行わせる改正であった。以上の一連の動きは、あくまで高機能病院整備を診療報酬によって誘導するというものであった。

<sup>16</sup> 一方の病床規制の方は、医療圏を設定し、必要病床を定めるという形で第一次医療法改正 (昭和 60 年) から取り組みが始まっている。日本の病院は民間病院が主であるため、これを公主導で統廃合することができない。

もちろんこの機能分化は、中小病院の位置づけにも配慮が示された。それは、療養型病床群という、介護需要が急増する高齢社会に対応した病院機能の提案であった。療養型病床群とは病院の病床のうち一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するためのものであり、都道府県知事の許可を受け、施設、従業員等について一定の基準<sup>17)</sup>にあったものでなければならない。第二次医療法改正では長期入院患者に対し、それにふさわしい医療環境を提供する必要を具体的に示し、中小病院には一般病院とは異なる病院への転換を促していた<sup>18)</sup>。この医療法改正時の診療報酬改定では老人入院医療管理料が導入され、診療報酬の点でも中小病院を介護保険実施上の重要拠点とすべく、療養型への転換を促そうとした。

続く平成 9 (2012) 年の第三次医療法改正では、①療養型病床群をさらに有床診療所まで拡大すること、②地域の基幹病院を患者紹介率 80%以上の地域医療支援病院として位置づけることなどが示された。なかでも療養型病床群の拡大は、介護保険制度導入を間近に控え、先行き需要の拡大が見込まれる介護福祉施設を増加させる意図があったものと思われる。しかし、平成 13 (2001) 年には療養型病床群は約 30 万床に達し、当初目標であった 19 万床を大きく上回ったことから、第四次医療法改正では療養型病床群の整備目標が医療計画から削除されることになった。

そこで、第四次医療法改正では、患者の病態にふさわしい医療を提供するという観点から、病床の混在という問題を解決するため、急性期と慢性期の病床区分（一般病床か療養病床）を行い、新たに人員配置基準、構造設備基準を設けることとなった。特に、この改正で注目すべき点は、病院が従来求められなかった「病床区分の届出」が義務化されたことである。従来は、精神、結核、感染症以外の病床が療養型病床群<sup>19)</sup>を含めて「その他の病床」として一括りに扱われてきた。ところが、第四次改正では、「その他の病床」を有する病院は全て「一般病床」か「療養病床」のいずれかを選択し、平成 14 (2003) 年 8 月末までに都道府県に届け出なければならなくなった。さらに、第四次医療法改正では、長年存続してきたいわゆる「老人病院」に対しても療養病床への転換を明確に求めている。従来、老人患者が 6 割超の一般病院が「老人病棟」と定義され、そのうち看護職員数等が一定の比率を満たしている場合には「介護力強化病棟」と位置づけられてきた。今回の病床区分の届出では、療養型病床群とともに、この「老人病棟」という種別もなくなった。

第四次医療法改正は、特に中小の病院に対して病床区分を一般か療養型かの選択を迫るものであった。しかし、資本力の点に於いて劣る中小病院は新基準の看護基準を満たせな

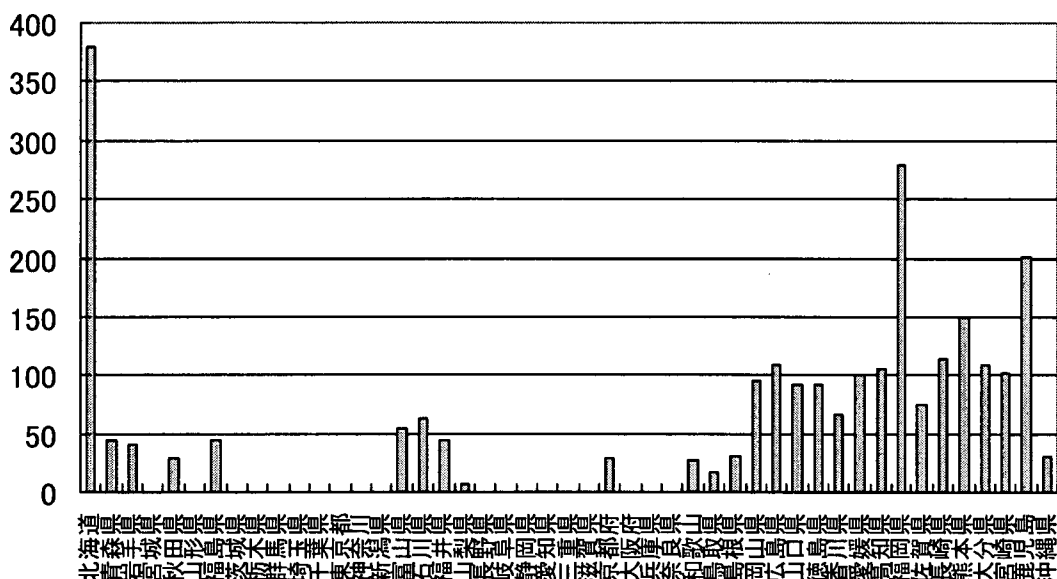
<sup>17)</sup>一般病床と比較して、1人当たりの病室面積が広く、機能訓練を行う設備を擁しており、また、介護スタッフも配置する必要がある。

<sup>18)</sup>時流にめざとい病院経営者は、いわゆる医療・福祉複合体を作り、患者の囲い込みを行って病院経営の安定化を図っている。二木(1998,2004)参照。

<sup>19)</sup>療養型病床群に適用される保険は、医療保険と介護保険のいずれかを選択する方式となり、どちらを選ぶかは医療機関の裁量に任されることとなった。結果として多くの医療機関は療養型病床群に医療保険の申請を行い、結局、医療費の抑制にはつながらなかったといわれている。

いため<sup>20</sup>に、いわば、療養病床を選択せざるを得ない状態に追い込まれていったとも言える。問題はその後である。平成 17 (2005) 年末に厚労省は、この療養病床の廃止を打ち出した。具体的には療養病床を平成 24 (2012) 年度までに介護型を廃止して医療型に一本化し、病床数も現在の 38 万床から 15 万床に減らすという政策を打ち出している<sup>21</sup>。現在の療養病床は、医療保険適用分の 25 万床と介護保険適用分の 13 万床がある。この政策が実施されると介護保険適用病床は丸々削減になり、医療保険適用病床も 10 万床削減されることとなる。実は、療養病床に手を上げている病院はおよそ 80~400 床未満の中規模病院以下であることがわかっている (山本 2007)。

図 3.4 23 万床減らした際に必要な県別削減病院数



注) 筆者計算

そこで次のような方法で病床数の削減に必要な病院数が推計してみた。

1. 平成 15 (2003) 年度の各県別県民一人当たり病床数に対して、上限を設けた場合を考えると、県別人口を掛けることで削減できる病床数を割り出せる。
2. ここから、23 万床減らすのに必要な各県毎の削減病床数を求める。
3. さらに、県別病院規模別病院数から、小規模な病院から順に廃止していき削減病床数を満たす削減病院数を割り出した。

病床を削減するというが、中小病院の場合、療養病床を全部削減したら病院で無くなってしまいところが多く存在する。そのため結果は図 3.4 のようになる。北海道を除き、基本

<sup>20</sup> 全国で看護師の取り合いになっていることは周知の事実である。

<sup>21</sup> 政権が変われば分からないし、それ以前に福田総理の考えで変わるかもしれないが。

的に西の病院を削減するという結果になった。総削減病院数は 2530 である<sup>22</sup>。

### 3.5 供給側の適正化のまとめ

戦後、病院の整備を民間手主導で行ってきた厚労省は病床数のあまりの多さに驚愕するようになる。平たく言えば、本来の病院機能を担える場所の代表として特定機能病院を認定し、それには自ら入院日数を抑制できる環境作りを行った。特定機能病院は、いわば急性期に特化すべき病院である。また、術後の療養やリハビリテーション、在宅医療の後方支援、軽症急性期や亜急性期医療を担う一般病棟が主体でも維持・運営可能な中小病院が生き残れるようにした。一方、それ以外の病院、簡単に言えば社会的入院に依存している病院は、病院としての存続を許さずに介護分野への方向転換を促している。

医療法との兼ね合いで言えば、第一次改正による病床規制は、二次医療圏内で病床がこれ以上増えることは阻止した（例外はあるが）。第二次改正では病院の機能分化に目を付け、高機能病院を急性期患者に特化した病院に仕立て上げた（例外はある）。併せて療養型病床群を設立し、病床転換の礎を築いた。第三次改正では地域支援病院を特定機能病院以外の病院として位置づけたといっても過言ではない。事実、第四次改正で病床区分の申請をさせているのである。

## 4 医療の現状

こうしてみると、政策は一日にしてならずということがよく分かる。病床規制を入れた昭和 60 年から過剰病床を削減するという悲願が達成されるまで、実に 30 年以上の年つきが流れようとしている。この理由の一つには、まだまだ日本が豊かであった 80 年代と数多くのスキャンダル（岡光事件や HIV 訴訟）で厚（労）省の力が相対的に弱まった 90 年代、そして、小泉元総理や経済財政諮問会議（現在は開店休業中の感があるが）の力を時には利用しながら療養病床の廃止にまでこぎ着けたのである（土田 2001）。次は医療の現状について少し考えたい。

### 4.1 平均在院日数の動向

在院日数の縮減はわが国の医療政策上、かなり重要なテーマとして考えられてきた。それは、在院日数の長期化が医療費の増加に少なからざる影を与えているからに他ならない。わが国は、OECD 諸国 30 カ国中、平均在院日数が飛び抜けて長いといわれる。OECD のほとんどの国は、1960 年代に 25 日あった平均在院日数を 1990 年代には 10 日近くまでに減らしている。ところが、日本のそれは 50 日を越えていたのを 35 日程度までに減らしたに過ぎ

<sup>22</sup> この療養病床削減の動きと連動して、病院を有床の診療所、あるいは無床の診療所に転換するという動きがある。元々は自治体立病院が大幅な赤字を抱え、これに自治体が耐えきれず（夕張市だけでなく）有床診療所になるケースが多かったが、東京の町屋にある上智厚生病院（ベッド数 61、療養病床 50、平成 19 年 3 月 1 日より診療所に転換）などは、明らかに療養病床削減の動きに反応して診療所化への道を選んでいる（上智厚生病院は無床の診療所に転換された）。しかし、この動向の効果を今回の試算では入れられなかった。