

## 医療制度改革と病院

津村 修

### 1. はじめに

社会保障（給付）費は、表1のように年々増加し、2015年度には1975年度に比べると、総額で9.6倍、「医療」6.6倍、「年金」14.2倍、「福祉その他」10.2倍に増加している。さらに、少子高齢化が進展し、「団塊の世代」（1947～1949年生まれ）が75歳以上の後期高齢者になる2025年には医療、介護、福祉サービスへの需要が高まり、社会保障制度の破綻が懸念され（「2025年問題」）、「団塊ジュニア」（1975～1981年生まれ）が65歳に達する2040年には高齢者人口が3868万人となり、社会保障費用、なかでも医療費や介護費の増加による財政破綻、労働力の減少による日本の崩壊が危惧される（「2040年問題」）。

表1 社会保障費の部門別推移

（単位：億円）

	医療	年金	福祉その他	介護対策	計
1960	2,942	3,611		—	6,553
1965	9,137	3,508	3,392	—	16,037
1970	20,758	8,562	5,920	—	35,239
1975	57,132	38,831	21,730	—	117,693
1980	107,329	104,525	35,882	—	247,736
1985	142,830	168,923	45,044	—	356,798
1990	185,539	240,420	48,194	—	474,153
1995	242,876	334,985	71,981	—	649,842
2000	262,274	412,011	109,700	32,806	783,985
2005	283,985	468,384	136,158	58,701	888,527
2010	331,700	529,830	192,083	75,082	1,053,612
2015	377,107	549,465	222,024	94,049	1,148,596

資料) 国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」の社会保障給付費の部門推移 ([https://www.powerss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h27/fsss\\_h27.asp](https://www.powerss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h27/fsss_h27.asp); 2018年9月8日参照) をもとに作成した。

内閣官房や内閣府、財務省、厚生労働省が2018（平成30）年5月に公表した資料<sup>(1)</sup>によると、地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画を基礎とした「計画ベース」で、2025年140.2～140.6兆円（年金59.9兆円、医療：47.4～47.8兆円、介護15.3兆円）、2040年188.2～190.0兆円（年金73.2兆円、医療66.7～68.5兆円、介護25.8兆円）と予測されている。

医療費の増加を抑制する方法が、国民皆保険制度の維持、社会保障制度の存続を前提とした窓口負担の引き上げ、病床数の削減、診療報酬のマイナス改定など量的な抑制である。現在の社会保障制度を前提とし、それを持続可能な制度として維持する限り、年金と同様に費用の削減の問題はつきまとうことになる。例えば、年金は2013年4月に施行された高齢者雇用安定法によって、年金支給開始年齢の60歳から65歳への段階的な引き上げがなされているとはいえ、年金支給開始年齢の68歳<sup>(2)</sup>、70歳<sup>(3)</sup>、75歳<sup>(4)</sup>へのさらなる引き上げが議論されていることに示されている。

診療報酬のマイナス改定による単価の操作は、当然提供される医療サービスの「質」の低下とも関わっている。市場原理が浸透するなかで、2000年前後に高度医療および地域の中核を担う病院で頻発した医療事故は、経営者の役割の重要性を高め、「質的に高度で安全な医療サービスの提供と効率化を同時に達成できる体制」を構築することが重要であった。しかし、診療報酬のマイナス改定は、病院に深い影を落とすことになる。それを如実に示しているのがこの間に刊行された『医療経営学』（今村知明・康永秀生・井出博生著、医学書院）の第1版（2006）と第2版（2011）である。第1版の序文には先にあげた認識と同じだが、第2版には第1版になかった「病院倒産時代を生き抜く知恵と戦略」という副題がつき、序文で「人々の健康をサポートする。それこそが医の原点ではないか<sup>(5)</sup>」と指摘している。

そこで、本論文では、医療サービスの「質」の低下を生み出す構造を検討することにする。

## 2. 優位する「医療を提供する側の論理」

医療費削減を主な目的とした医療制度改革が本格化するなかで、まず市場原理が導入され、厚生労働省の財政、財政の配分を通じた政策誘導によって「医療を提供する側の論理」が、直接患者と接する病院の「医療を提供する側の論理」を規定し、病院が提供する医療サービスとなって体现されることになる。

### (1) 浸透する「市場原理」

第二次世界大戦によって壊滅的打撃を受けた日本の医療は、医療法・医師法（1948年）、保健師助産師看護師法（1949年）の施行、医療法人制度の創設（1950年）、医療

金融公庫（現独立行政法人福祉医療機構国民皆保険）の創設（1960年）、国民皆保険（1961年）、老人福祉法（1963年）、老人福祉法の改正による老人医療費無料化（1973年1月）によって発展してきた。

老人医療費無料化によって、医療機関の受診率が急増し、医療機関の待合室がサロン化するとともに、病床数が増加し（表2）、「寝たきり老人」が社会的な問題となる。また、1982年には三郷中央病院事件で「検査漬け」「薬漬け」の実態が明らかになる。1980年半ば以降厚生省は寝たきり老人の問題を取り上げ<sup>(6)</sup> ていたが、老人医療費無料化によって、老人医療費がさらに増加することになり、老人医療費無料化直後の第一次オイル・ショックによって低経済成長時代に入る。1983年に老人保健法の改正によって老人医療費の無料化は廃止される。そして、医療計画制度を制度化し、病床規制と医療施設間の連携の確保を目指す医療法が改正（第一次）された1985年には、厚生省編『厚生白書昭和六十年度版一長寿社会へ向かって選択する』（厚生統計協会）で「国民医療費の伸びは国民所得の伸びの範囲内に抑えていく」、1987年の老人保険法改正で「良質で効率的な医療の提供、民間活力の導入」方針が打ち出される。また、医療法の第二次改正（1992年）では、医療施設機能の体系化などが打ち出された。

1980～1990年代に医療法人の理事長の資格要件の緩和など、医療政策に市場（競争）原理が導入され、浸透し始める<sup>(7)</sup>。「医療ビッグバン」、すなわち「患者本位の医療、医療における情報公開、安心して受けられる効果の高い医療、納得できるか価格の医療サービスといった一連の改革を伴いつつ、医療サービス市場で医療機関同士が競争と淘汰にさらされていく」時代に入る<sup>(8)</sup>。

2000年以降医療政策への市場（競争）原理の導入が本格化する。規制改革審議会は競争による質の向上とコストの低減などを目的とした株式会社による病院経営を求める提

表2 病院数・病床数の推移

	昭和50年 ( '75)	53 ( '78)	56 ( '81)	59 ( '84)	62 ( '87)	平成2年 ( '90)
病院数	8,294	8,580	9,224	9,574	9,841	10,096
病院病床数	1,164,098	1,232,779	1,362,161	1,467,050	1,582,393	1,676,803
精神病床	278,123	294,550	314,065	331,099	347,196	359,087
伝染病床	21,042	19,616	17,094	15,042	13,772	12,199
結核病床	129,055	99,874	77,406	60,067	48,938	42,210
らい病床	14,020	13,076	11,636	10,729	9,997	9,398
一般病床	721,858	805,663	941,960	1,050,113	1,162,490	1,253,909
老人病床（再掲）	.	.	.	75,879	110,467	148,863
療養型病床群（再掲）	.	.	.	.	.	.
一般診療所	264,085	277,685	285,351	283,445	277,958	272,456
歯科診療所	299	238	306	273	244	234

出所）厚生労働省「平成8年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」。

言（2001年3月）、経済財政諮問会議は「経済・財政運営の基本指針」で、株式会社方式などを含めた経営規制の見直し、公的保険による診療と自由診療の併用に関する規制緩和、費用負担の見直し、医療サービスの標準化、患者本位の医療サービスの実現などを提言（2001年6月）し、また総合規制改革会議は医療機関の広告の原則自由化、株式会社による医療機関経営の解禁、レセプト審査の民間への開放などを基本方針として打ち出した（2001年7月）。患者が医療機関を選ぶ目安になり、医療法人の理事長の資格要件の緩和など、医療政策に市場（競争）原理が導入され、医療機関間の競争が激しくなったが、社会保障費、医療費の増加は抑制できなかった。

## （2）財政抑制と政策誘導—優位する「医療を提供する側の論理」

市場原理の導入だけでは医療費を十分抑制するものではないことから、医療費、とりわけ老人医療費の削減から国民医療費の削減を目的とした財政の抑制、医療費ばかりでなく介護や年金など少子高齢化の進展とともに社会保障の改革と一体となった財政の抑制と配分を通じた政策への誘導へ向かうのが、1990年代後半以降である。

医療費の削減を国家施策の基本路線として位置づけるようになったのが、鈴木善幸内閣が掲げた「増税なき財政再建」を達成すべく、総理府に設置された第二次臨時行政調査会の第一次答申（1981年）である。そして、老人医療費から国民医療費の削減を目的とした財政の抑制への転換を示したのが1999年10月の自民党医療基本問題調査会社会部会合同会議の「医療制度抜本改革の基本的考え方<sup>(9)</sup>」である。そこでは国民皆保険制度を維持し、「国民が安心して良質な医療を受けることができる体制を確保していくことを国民的課題」としつつ、「保険財政の安定についての国民的議論を進め、医療提供体制、薬価制度、診療報酬、高齢者医療制度など医療制度の見直しを行う。また、関連の深い事項として2000年から実施される介護保険制度の影響に留意する」必要性が指摘されている。

医療費を抑制するのに市場原理の導入には限界があり、「医療制度改革」以外に道はない。厚生労働省は2001年3月の「医療制度改革の現状と視点<sup>(10)</sup>」において、「老人医療費の伸びの適正化」、老人医療費の伸びを経済動向と大きく乖離しないものとする」など、医療制度改革の基本的方向を打ち出す。厚生労働省に強い影響力をもっていた日本医師会は、医療の標準化やカルテ・レセプトの電子化・公開については賛成しているものの、厚労省がまとめた「医療制度改革の課題と視点」で医療費の総額規制が浮上するなかで、「医療の質が低下する」「現場の意見を聞かないで議論を進めるのはファッションだ」と反発している<sup>(11)</sup>。

2001年4月に首相に就任した小泉純一郎が「聖域なき構造改革」を掲げて高い国民の支持率を獲得し、「構造改革」の一貫として市場原理の導入、「神の手」として厚生労働省が機能する、「従来手法（行政機関やいわゆる族議員らによる根回しによる調整：

引用者)にとらわれない思いきった改革<sup>(12)</sup>」として打ち出したのが「医療制度改革」である。これを受けて、厚生労働省は医療制度の制度改革の議論のたたき台として①老人保健制度の対象年齢を70歳から段階的に75歳に引き上げ、②患者一部負担割合について、被用者本人負担を3割、70歳から74歳を2割、75歳以上を定率1割（高所得者は2割）に引き上げ、③老人医療費への伸び率管理制度の導入、を主な内容とする「医療制度改革試案—少子高齢社会に対応した医療制度の構築—<sup>(13)</sup>」を作成した。同年9月、経済財政諮問会議は「改革工程表<sup>(14)</sup>」、財務省は翌月に伸び率管理を老人医療費に限定しない「医療制度改革の論点<sup>(15)</sup>」を発表、政府・与党社会保障改革協議会は同年11月に「医療制度改革大綱<sup>(16)</sup>」をまとめる。

少子高齢化とともに、医療、年金、福祉・介護の社会保障費の増加が見込まれるなかで、医療制度は社会保障制度と一体で改革、医療と介護の提供体制を構築しなければならない。こうした考えに基づいて、根岸隆史（厚生労働委員会調査室）「社会保障制度改革の課題と今後の展望<sup>(17)</sup>」（2007年1月）、「社会保障・税一体改革大綱について<sup>(18)</sup>」の閣議決定（2012年2月）、社会保障制度改革推進法の施行（2012年8月）、社会保障制度改革国民会議の「医療と介護の提供体制の改革<sup>(19)</sup>」（2013年3月）で「『病院完結型』のものではなく、病気と共存しながらQOLを維持することと、それを支える地域体制づくりといった『地域完結型』」に移行し、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（プログラム法）」が2014年に可決、複数の医療機関を一体で運営する「持ち株型」法人の新設を認める医療法の改正、医療保険制度改革法が2015

表3 改定率の推移

(単位：%)

	診療報酬			介護報酬
	本体部分	薬価部分	改定率	改定率
1998	1.5	-2.8	-1.3	-
2000	1.9	-1.7	0.2	-
2002	-1.3	-1.4	-2.7	-
2004	0.0	-1.0	-1.0	-
2006	1.36	-1.8	-3.16	-0.5
2008	0.38	-0.82	-1.2	-
2010	1.55	-1.36	0.19	-
2012	1.379	-1.375	0.004	1.2
2014	0.73	-0.63	0.1	-
2016	0.49	-1.33	-0.84	-
2018	0.55	1.74	-1.19	0.54

注) 介護報酬の改定率は診療報酬の改定と重なる年のみ記載した。

出所) 診療報酬の改定率の推移は「図録 診療報酬の改定率の推移」(<http://honkawa2/sakura.ne.jp/1993.html>)、介護報酬の改定率は「図録 介護報酬の改定の推移」(<http://honkawa2/sakura.ne.jp/2058.html>)をもとに(2018年11月28日参照)作成した。

年、地域包括ケア強化法の2017年の成立を経て、「地域包括ケアシステムの強化」法案が2018年に提出される。

医療制度改革をめぐる一連の改革のなかで患者（国民）の治療・介護の「質」に直接関わり、影響を与えるのが、厚生労働省の主として財政的な理由による「医療を提供する側の論理」を示すのが2年おきの診療報酬・薬価改定、3年おきの介護報酬改定）である。したがって、介護保険法が施行された2000年から6年おきに診療報酬・薬価と介護報酬は同時に改定されることになる。

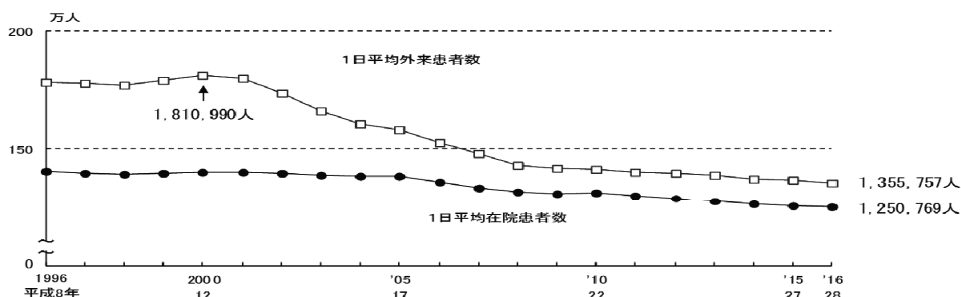
1998年以降の診療報酬・薬価とそれと同時になされた介護報酬の改定率をみると（表3）、2002年から2009年、2016年から2018年にかけて診療報酬・薬価はマイナス改定であった。表2には記載していないが、2003年の介護報酬が2.3%のマイナス改定であったことを考え合わせれば、2003年から2009年まで、診療報酬・薬価と介護報酬はともにマイナス改定であった。

少子高齢化が進展し、医療費ばかりでなく社会保障費の増加、社会保障制度の存続が危ぶまれるなかで、財務省や厚生労働省の財政的な面から「医療を提供する側の論理」が優位し、厚生労働省の主導性が発揮されつつあるのが現状である。

### (3) 市場原理の浸透と医療制度改革の狭間で一病院の「医療を提供する論理」

1990年代から2000年代初頭の病院は、市場原理が浸透するなかで、高度医療・地域医療の中核を担う病院における医療事故の頻発もあって、質的に高度で安全な医療サービスの提供と病院経営の戦略化・効率化を同時に達成できる体制の構築が課題となった。患者が病院あるいは診療科・医師を選ぶ時代に移行し、2000年をピークに患者数が減少する（図1）なかで、患者に選ばれる病院として生き残っていくためには、病院という

図1 一日平均患者数の推移



注) 東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏2施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県祖双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。出所) 厚生労働省「平成28年（2016）医療施設（動態）調査・病院報告の概況」（<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/>、2018年11月10日参照）。

組織を改革し、高価な医療機器を購入し、それなりの診療経験のある医師を雇い、専門病院として生き残るか、複合化し「地域」を囲い込むか、そのなかで自分の地位を確立する（利益分配構造）しか道はない、

質的に高度で安全な医療の提供という側面の後退をもたらし、効率化・戦略化の側面が押し出されるのは、医療費の削減の一貫として医療制度改革において位置づけられている2002年、2004年、2006年、2008年、の4度にわたる診療報酬のマイナス改定である。病院収入の重要な部分を占める診療報酬のマイナス改定は、病院財政を逼迫させるからである。

日本病院協会の「病院経営調査報告」によると、2002年<sup>(20)</sup>、2004年<sup>(21)</sup>、2006年<sup>(22)</sup>、2008年<sup>(23)</sup>の診療改定で病院の経営は悪化している。2010年<sup>(24)</sup>および2012年<sup>(25)</sup>には薬価部分はマイナスだが、全体的にはわずかに微増したが、それ以降マイナス改定となっている。

日本病院協会の「平成29年度 病院経営調査報告（平成29年5月状況調査）<sup>(28)</sup>」と、医業収支率は、総数で見ると前年比で3.0ポイント増加、総収支率では、総数で見ると前年比で3.3ポイント増加している。医業収支率は病院数の33%が100%未満（赤字）である。

全国公私病院連盟・日本病院会の「平成28年病院運営実態分析調査の概要」でも、診療報酬が改定された年には赤字病院が増え、診療報酬が改定されない年には黒字病院が増える傾向がみられる。

全国公私病院連盟・日本病院会の「平成29年病院運営実態分析調査の概要（平成29年6月調査<sup>(26)</sup>）」と、6月1カ月分の総損益差額からみた黒字・赤字病院の数の比率は、黒字病院31.0%、赤字病院は69.0%であった。開設者別でみると、自治体病院では黒字病院11.7%、赤字病院は88.3%、その他公的病院では、黒字病院45.1%（88病院）赤字病院54.9%であり、私的病院では黒字病院62.7%、赤字病院37.3%であった。

中央社会保険医療協議会の「第21回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告—平成29年実施—」でも、公的病院には赤字の病院は多い。

診療報酬のマイナス改定、病床規制は、病院財政を逼迫させると同時に、また「病院淘汰の時代」に患者を呼び込み直接接する病院の行動を規定する。市場原理の浸透と医療制度改革の狭間に病院は位置することになる。2002年からの4度にわたる診療報酬のマイナス改定は、市場原理が浸透しつつあるなかで、質的に高度で安全な医療サービスの提供を喧伝し患者を集めつつ、経営の効率化をより進めなければならなくなった。医療事故が頻発した2000年前後は患者に「選ばれる病院」として生き残っていくためには、「戦略的・効率的経営と質的に高度で安全な医療サービスを提供する体制」を構築することが求められていたのに対して、それ以降、市場原理が浸透するとともに、「質的に高度で安全な医療サービスを提供する体制」づくりが声高に騒がれたが、「戦略

的・効率的経営」が優位になるなかで、もともと優位していたか否か議論の余地はあるが、杉正孝が指摘するように、病院には「専門職の論理」と「管理の論理」があり<sup>(27)</sup>、患者に直接医療サービスを提供する病院の医師や看護師などの医療関係者の態度や意識を通して体現する「医療を提供する側の論理」が優位している。患者を「患者様」と呼び、「患者が病院を選ぶ時代」になり、インターネットなどによって医療関係者との「情報格差」が是正されたとはいえ、病院、医師や看護師などの医療関係者の「医療を提供する側の論理」が優位していることには変わりがない。

診療報酬のマイナス改定と政策誘導は、病院の経営、医療現場において提供される医療サービスの「質」を規定する。「医の原点」に立ち返るべきだという主張がされるようになるのは、提供される医療サービスの「質」が低下したからにはほかならない。

### 3. おわりに一残された「医療制度改革」の課題

以上のように、医療サービスの「質」は、医療費の削減を主な目的とする医療制度改革を通じて、政府や財務省・厚生労働省などの財政的な理由に基づく「医療を提供する論理」と、病院の「医療を提供する論理」とによって規定されている。

医療費削減のための主要な方法である診療報酬・薬価の改定に日本医師会の影響力を排除すべく、中央社会保険医療協議会の改革を打ち出していた<sup>(28)</sup>が、診療報酬・薬価改定や政策を日本医師会の「協力」なしに単独で決定することはできない。が、最終的に決定するのは厚生労働省である厚生労働省が所管する「財政」、業務については「裁量権」をもっている。診療報酬、薬価という公定価格の操作は、財政削減、財の配分を通じた政策誘導は、市場原理が浸透している「市場」で行動する病院（経営）に影響を与える、厚生労働省は病院に優位し統制できる立場にいる。他方、「病院淘汰の時代」になり、「情報格差」がインターネットの普及などによって縮小してきているとはいえ、病院、医療関係者が患者より優越的な地位にあり、病院の「医療を提供する論理」が患者に直接影響を与えることになる。

医療制度改革の基本的方向・考え方は、少子高齢化、低経済成長への移行、国民死活や意識の変化に直面するなかで、国民皆保険を維持し、将来にわたり持続可能に行くために、①質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制、治療重視の医療から疾病の予防を重視した保険医療体系へと転換を図ること、②医療費適性化の総合的推進、③高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系（新たな高齢者医療瀬度の創設、負担の明確化）、である<sup>(29)</sup>。質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制、言い換えれば「適切で効率的な医療の提供」として「高齢者の心身の特性を踏まえた適切な医療の提供」と「生涯を通じた対策の推進」の二つがあげられ、参考として社会保障構造の在り方について考える有識者会議の「21世紀に向けての社会保障」から「できる限り



本人の意思を尊重し、尊厳をもって安らかに最期を迎えることのできる医療の在り方を模索していくことがこれからの課題である」という文章が抜粋されているに過ぎない<sup>(30)</sup>。

これに先立つ「医療提供体制の改革の基本的方向<sup>(31)</sup>」では、新しい時代の要請に応え、患者本位の医療提供体制を確立するため、「医療提供体制の改革」の必要性を説き、「患者の視点の尊重」と「質の高い効率的な医療提供体制の構築」を主張している。いままでの診療がどうであったのかの検証がない、もっぱら財政ありきの議論が展開されている。

団塊の世代が75歳となる2025年に「住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築」の実現が目指される<sup>(32)</sup>が、「地域ケアシステム」との関連で打ち出される介護側からの医学モデルないし医療モデルから統合モデルへの移行である<sup>(33)</sup>。

薬剤消費量の多さや寝たきり老人の数の増加、胃婁増設者数や身体拘束者数など報告されているが、医療制度改革にともなう診療報酬・薬価のマイナス改定による医療サービスの質の低下は確実だが、検証されていないし、社会的な議論にすらなっていないのが現状である。

## 注

- (1) 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省, 2018, 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(議論の素材) (<https://www.nhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000207399.pdf>, 2018年9月9日参照)。
- (2) 財務省財政制度分科会, 2018, 「社会保障について」([https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia300411/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia300411/01.pdf), 9月11日参照)。
- (3) 日本老年学会・日本老年医学会, 2017, 「高齢者に関する定義検討ワーキング報告書」([https://jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170410\\_01\\_01.pdf](https://jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170410_01_01.pdf), 2018年9月11日参照)。
- (4) 内閣府, 平成24年, 『第5回財政・社会保障の持続可能性に関する「制度・規範ワーキング・グループ」議事次第』(<https://www5.cao.go.jp/keizai2/keizai-syakaisyakai/k-s-kouzou/shiryou/wg2-5kai/wg2-5kai-gijiroku.pdf>, 2018年9月13日参照)。
- (5) 今村知明・康永秀生・井出博生著, 2011, 『医療経営学(第2版)』(医学書院), iii-iv頁。
- (6) 厚生労働省は, 1979年に「寝たきり老人」の統計的把握を開始する(厚生省大臣官房統計情報部編「厚生行政基礎調査報告」)。
- (7) この間の政策, 状況については, 丹羽幸一・杉浦啓太『病院沈没』(宝島社, 1999年)を参照した。
- (8) 丹羽幸一・杉浦啓太前掲書, 10頁。
- (9) 自民党医療基本問題調査会社会部会合同会議「医療制度抜本改革の基本的考え方」(<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/iryu/272.pdf>, 2018年9月23日参照)。
- (10) 厚生労働省, 2001, 「医療制度改革の現状と視点」(厚生労働省のホームページ <https://>

- www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1.html, 2018年11月4日参照)。
- (11) 「医療費の総額規制案が急浮上 財界乗り気, 医師会は猛反発」, 『朝日新聞』2001年5月13日。
  - (12) 神奈川県予防医学協会「健康づくり」([https://www.yobouigaku-kanagawa.or.jp/info\\_service/health\\_info/healthy\\_kanagawa/407.html](https://www.yobouigaku-kanagawa.or.jp/info_service/health_info/healthy_kanagawa/407.html), 2018年11月4日参照)。
  - (13) 厚生労働省, 2001, 「医療制度改革試案—少子高齢社会に対応した医療制度の構築—」(厚生労働省のホームページ<https://www.mhlw.go.jp/houdou/0109/h0925-2b.html>, 2018年9月23日参照)。
  - (14) 経済財政諮問会議, 2001, 「改革工程表」(首相官邸のホームページ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kaikaku/010921koutei.html>, 2018年9月23日参照)。
  - (15) 厚生労働省, 2001, 「医療制度改革の論点」『調査と情報』第413号 (<http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/issue/0413.pdf>, 2018年9月23日参照)。
  - (16) 政府・与党医療改革協議会, 2005, 「医療制度改革大綱」(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/taikou.pdf>, 2018年9月23日参照)。
  - (17) 根岸隆史(厚生労働委員会調査室), 2013, 「課題と今後の展望—社会保障制度改革国民会議報告書とプログラム法案の骨子—」『立法と調査』No.345。
  - (18) 閣議決定, 2012, 「社会保障・税一体改革大綱について」(財務省のホームページ [https://www.mof.go.jp/tax\\_policy/tax\\_reform/outline/240217kettei\\_01.htm#00jp/diet/publication/issue/0413.pdf](https://www.mof.go.jp/tax_policy/tax_reform/outline/240217kettei_01.htm#00jp/diet/publication/issue/0413.pdf), 2018年9月23日参照)。
  - (19) 社会保障制度改革国民会議報告書(概要), 2014, 「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」([https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo\\_gaiyou.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo_gaiyou.pdf), 2018年9月23日参照)。
  - (20) 日本病院協会, 2002, 「平成14年 病院経営調査報告(平成14年5月状況調査)」(<https://ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/200211.pdf>, 2018年11月10日参照)。
  - (21) 日本病院協会, 2004, 「平成16年 病院経営調査報告(平成16年5月状況調査)」([https://ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/2004\\_11.pdf](https://ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/2004_11.pdf), 2018年11月10日参照)。
  - (22) 日本病院協会, 2006, 「平成18年 病院経営調査報告(平成18年5月状況調査)」([https://ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/18\\_byoinkeiei01.pdf](https://ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/18_byoinkeiei01.pdf), 2018年11月10日参照)。
  - (23) 日本病院協会, 2008, 「平成20年 病院経営調査報告(平成20年5月状況調査)」([https://ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/130204\\_3.pdf](https://ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/130204_3.pdf), 2018年11月10日参照)。
  - (24) 日本病院協会, 2018, 「平成29年 病院経営調査報告(平成29年5月状況調査)」(<https://ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/h29keieichousa.pdf>, 2018年11月10日参照)。
  - (25) 全国公私病院連盟・日本病院会, 2017, 「平成29年病院運営実態分析調査の概要(平成29年6月調査)」(<http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/pdf/H29-gaiyou.pdf>, 2018年11月10日参照)。
  - (26) 中央社会保険医療協議会, 2017, 「第21回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告—平成29年実施—」(<https://www.e-stat.go.jp/stat-kei=00450381&tstat=000001108555>, 2018年11月11日参照)。
  - (27) 杉正孝, 1998, 『病院経営と人事管理(改訂版)』日本労働研究機構, 158-159頁。
  - (28) 政府・与党医療改革協議会, 2005, 『医療制度改革大綱』14傑。

- (29) 政府・与党医療改革協議会前掲書, 1-2頁。
- (30) 厚生労働省『医療制度改革の課題と視点』(<https://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1.html>, 2018年12月1日参照)。
- (31) 厚生労働省, 2002, 『医療提供体制の改革の基本的方向―「医療提供体制の改革に関する検討チーム」中間まとめ―』(<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0829-4a.html>, 2018年12月1日)。
- (32) 厚生労働省老健局, 2013, 『地域包括ケアシステムについて』(<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai15/siryoul.pdf>, 2018年12月1日)。
- (33) 同様の見解は武蔵浦和メディカルセンターの多田智裕にもみられる。多田智裕, 2013, 「アベノミクスから取り残された医療 診療報酬は実質マイナス改訂, 医療低下は必至」(<https://blogos.com/article/76069/>, 2018年12月1日参照)。