

# なぜ民主党政権で医療分野への市場原理導入論が復活したのか？



**二木 立**

日本福祉大教授・副学長

にき りゅう：1947年生まれ。72年東京医歯大卒。代々木病院リハビリテーション科科長などを経て現職。著書に『民主党政権の医療政策』など。

本連載は2カ月に1回のペースで掲載します（編集部）

本年に入り、民主党菅政権の自壊過程に拍車がかかり、同政権に対する絶望が広まっています。ほんの1年半前の政権交代時の「明治維新以来140年ぶりの大改革」「擬似革命」等の高揚した評価とは様変わりです。それだけに、最近、医療関係者から、民主党政権の医療政策はなぜ行き詰まったのか？との質問を受ける機会が増えました。医療政策全般の行き詰まりの主因が、同政権が公的医療費増加の財源を見いだせなかったことにあるのは自明です。しかし、特に昨年6月の菅政権成立後、小泉政権時代に政治的にも政策的にも決着した混合診療原則解禁等、医療分野への市場原理導入論（新自由主義的医療改革論）が部分的にせよ復活していることは、それだけでは説明できません。

本年2月に出版した拙著『民主党政権の医療政策』（勁草書房）では、民主党政権の医療政策の変質を時系列的に検討しましたが、この点については断片的にしか論じられませんでした。そこで、本稿は同書の「補論」として、この点を包括的に検討します。私は、以下の4つの理由があると考えます。

## ◎「オリジナル民主党」は構造改革志向

第1の、そして根源的理由は、二大政党の一翼を担うべく1998年に成立した「オリジナル民主党」が、当時与党だった自由民主党より、はるかに「構造改革」志向だったこと

です。同年4月の統一大会で決定した「基本方針」では、「医療・医療保険制度は、市場原理をも活用しながら、情報公開を徹底し、抜本的な制度改革を行う」ことが宣言されました。その結果、民主党は2006年まで、自公政権よりはるかに厳しい医療費抑制・病床削減を主張していました。例えば、「崖っぷち日本を救う一民主党の考える医療改革案」（2006年）では、無駄の排除と予防医療の推進により「中期的には医療費総額・医療給付費はいずれも政府の推計値を下回る可能性が高い」と主張する一方、「病床削減」を前面に掲げ、一般病床26万床、精神病床7万床、療養病床11万床の削減を明記しました。

## ◎小沢代表の路線転換は底が浅かった

第2の理由は、2006年4月に代表に就任した小沢一郎氏は「国民の生活が第一」を掲げ、翌2007年の参議院議員選挙前後から、医療政策についても医療費・医師数増加に転換したものの、この転換は「政策よりも選挙」を持論とする小沢代表の鶴の一声で行われ、党内議論がほとんどなされなかったことです。この点は、小泉政権時代の「小さな政府」路線から福田・麻生政権時代の「社会保障の機能強化」路線への転換に際して、自民党内で激しい路線論争が行われたのと対照的です。

そのためもあり、小沢代表時代だけでなく、小沢幹事長が実権を握っていた鳩山政権時代

にも、民主党関係者には「自由民主党から自由がなくなったのが民主党」と自嘲する方が少なくありませんでした（菅首相が昨年の参院選の大敗後、求心力を失ってから、逆に「自由（放任）党」になったようです）。そのために民主党の医療政策は底が浅く、党内外の事情で簡単に変わりうるのです。

## ◎「オリジナル民主党」幹部が主導権

第3の、そして決定的理由は、鳩山政権による2010年度予算編成の段階で、税金の無駄遣いの根絶と「埋蔵金」の活用だけでは医療・社会保障費拡充の財源が確保できないことがはっきりしたこと、および昨年6月に成立した菅政権で鳩山氏以外の「オリジナル民主党」の幹部＝「構造改革」派（菅、岡田、仙谷氏等）が主導権を握ったことです。菅政権が成立直後の6月に閣議決定した「新成長戦略」では、医療政策についても市場原理を部分的に導入する路線転換が鮮明になりました。

ただし、ここで見落としてならないことは、この路線転換は菅政権になって突然生じたのではなく、鳩山政権時代から徐々に進んでいたことです。鳩山首相は2009年10月26日の所信表明演説で、「財政のみの視点から医療費や介護費をひたすら抑制してきたこれまでの方針を転換」とすると約束しました。しかし、2010年3月に発足した行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会の構成員には、その前身組織である規制改革会議で医療分野への市場原理導入論を主導した委員（草刈隆郎、松井道夫氏等）が多数任命され、第1回会議（3月29日）の「ライフイノベーションWG」の「検討項目」のトップには「保険外併用療養（いわゆる「混合診療」）の原則解禁」が掲げられました。さらに「ライフイノベーションWG」では、規制改革会議から横滑りした構成員（土屋了介氏、松井道夫氏、阿曾沼元博氏等）が主導して、「規制・制度改革事項」に、

混合診療の原則解禁や、株式会社の医療機関経営参入に道を開く「営利法人の役職員が医療法人の役員として参画すること」等が含まれました。ただし、日本医師会や厚生労働省の反対・抵抗により、前者は昨年6月の閣議決定時にごく限定的な「保険外併用療養の範囲拡大」に変えられ、後者は本年3月6～7日の「規制仕分け」の対象から外されました。

## ◎医療の「成長牽引産業」化は幻想

第4の理由は、鳩山・菅政権が、自民党や財界、マスコミからの「民主党政権には成長戦略がない」との（半ばためにする）批判に応えるため、急遽「新成長戦略」を作成したものの、厳しい財政制約のため、医療政策に関しては「公的保険制度の枠外」の産業育成に期待を持ったことです。しかし「新成長戦略」や経済産業省「医療産業研究会報告書」で「医療の産業化」の目玉とされていた混合診療の部分拡大、医療ツーリズム、健康関連サービス産業の経済成長効果はごくごく限定的であり、それにより医療を「成長牽引産業」化するのは幻想です（前掲書第2章第5節）。

実は私は、2009年9月の民主党政権発足直後に発表した論文「民主党政権の医療政策とその実現可能性を読む」（『現代思想』2009年10月号。前掲書第2章第1節）で、民主党が総選挙マニフェストで掲げた医療費・医師数の大幅増加の数値目標を高く評価しつつ、同党の医療政策の最大の弱点が「医療費財源の長期見通しが示されていない」ことであることも指摘し、「民主党の医療政策が今後〔公的医療費抑制や混合診療拡大に〕再転換する可能性」とあると予測していました。ただし、それは次（4年後）の総選挙で生じる可能性があると考え、政権発足後わずか1年で生じるとは予想していませんでした。

〔本稿は2月18日の日本医師会医療政策会議での報告の一部に加筆したものです〕