

## 第5回 この国の医療のかたち

連載コーナー「[そろそろ社会保障のこと、まじめに考えたらどうだ。。。](#)」

Web『[医療と介護 2040](#)』

### なぜ日本では多くの病院が私的所有なのか

日本医療を他の国々と比べた特徴が、新型コロナウイルスの影響の下で注目を浴びている。日本の医療提供体制については、目下、改革が進められている。ここ数年展開されていた提供体制の改革の青写真が描かれていた『社会保障制度改革国民会議』（2013年）の報告書には、「医療問題の日本の特徴」という項目があり、次のように書かれている。

#### 医療問題の日本の特徴

日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない。ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである（『社会保障制度改革国民会議』22頁）。

この種の話では、アメリカにおいても、公的病院、および公益的な民間非営利病院で総病院数のおよそ80%、全病床数の約85%を占めているということを言うと、けっこう驚かれる。また、2001年の総合規制改革会議における、当時、厚生労働省大臣官房審議官（医政局・保険局担当）であった中村秀一氏の「株式会社の病院というのは、世界の医療提供体制の中でごく例外的、ヨーロッパではほとんどネグリジブルでありますし、多いと言われているアメリカでも、全体の25%ということで、我々自身株式会社を入れるということが、それほど医療改革につながるふうには思っておりません\*1」という言葉も歴史にのこしておきたい言葉である。「民間でできることは民間で」と唱えた小泉内閣成立後3ヶ月のことで、官僚が忖度なく正論を言えた時代の記録でもある。

どうして日本では、医師が非営利の医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するとい

う形（私的所有）で整備されてきたのか？ そして、コロナ禍で注目されるようになったことだが、どうして民間の病院は中小規模なのか？

新型コロナの感染拡大の下、医療と経済、どちらを優先するかという問いかけがなされる中、こうした問について、いくつかの考える材料を準備できればと思う。ただし、文字数の制限もあるので、歴史的事実を淡々と論じるに留めておこうと思う。

## 戦後、占領期の医療政策

日本の医療は、江戸時代に築かれた自由開業医制を基盤としてきたと評されてきた。明治に入り、1887年の「医制」を機に漢方から西洋医学への転換が図られたが、医師の総数を維持するために、従来医療に携わっていた人たちにも医師免許を付与するという経過措置を設けて漸進的に進められており、自由開業医制の伝統は継承されていった。

「病院」という用語の公的使用は、明治に入ってからと言われており、明治以降に登場した日本の病院は、官立、特に公立を軸に整備が進められていた。だが、松方デフレ後の財政再建を背景とする1887年の勅令第48条により、公立病院への地方税の投入が禁じられて以降、提供体制は民間中心になっていった。しかし、第2次大戦直後の占領期から、病院を公的病院中心に再編成しようとする動きも生まれた。戦後のそのあたりの話からはじめよう。

1947年に立ち上げられた医療制度審議会は1948年5月、国立病院を代表的な公的病院として整備していくことを答申している。

行政学者ワンデル博士を団長とする6名のアメリカ社会保障調査団が、ワンデル勧告を日本政府に渡したのは、1948年7月である。ワンデル勧告は、医療は公的責任において提供すべきものであり、病院については国・公立や公的な機関を中心にすべきであって、「公的財源による病院建設」が勧告されていた。

一方、ワンデルたちの報告書を見たアメリカ医師会は、歴代3期に及ぶ医師会会長ら自らが日本を訪れ、アメリカ医師会の指向する医師の「自主性と企業性」を確保することを主張し、医療提供政策において医師会が主導的な役割を果たすことを強調した報告書をGHQに正式に提出している。

つまり、戦後日本には、GHQを通じた提供体制のあり方に対する提言が、ふたつあったことになる。

1945.8.30	サムス来日
1948	医療制度審議会答申（5月）ワンデル勧告（7月）、医療法公布(7月)
1949	社会保障審議会「社会保障制度確立のための覚え書」
1950	社会保障審議会「社会保障制度に関する勧告」、医療機関整備中央審議会答申
1950	医療法人制度
1956	社会保障審議会1956年勧告
1960	医療金融公庫
1962	公的病院の新設・病床数規制
1963	公的病院の増床を規制する医療法改正施行

出所：筆者作成

日本が戦後継承していったのは、ワンデル勧告の流れである。

ワンデル勧告を受けて 1949 年に設置された社会保障制度審議会 は、同年末に「社会保障制度確立のための覚え書」を出し、「医療組織については、総合的計画の下に公的医療施設の整備拡充を図るとともに、開業医の協力しうる体制を整え、また公衆衛生活動の強化を図る必要がある」と論じていた。

社会保障制度審議会は、1950 年に「社会保障制度に関する勧告」を出す。そこには、「人口 2000 の診療圏において、公私の医療機関のない場合には、少なくとも一診療所を有するように配置することを目標とし、都道府県は、無医地域を解消するため、自らその設置運営をなすものとする。（中略）一般病院の偏在を是正し、病床の分布を人口 1 万あたり、大都市に 40 床、その他の市部に 30 床、郡に 15 床を目標として中央病院、地方病院及び地区病院を分けて整備する」と提言している。今の言葉で言えば、都道府県による提供体制の整備が勧告されていたわけであり、1948 年の医療制度審議会答申と合わせて、国・公立主体の提供体制構想が出そう。

1950 年の医療機関整備中央審議会の答申を受け、1951 年には各都道府県に A クラスの中央病院、B クラスの地区病院を設置して体系化する基幹病院整備計画網が決定された。この延長線上で、8 年後の 1958 年に医療機関整備計画案が公表され、1965 年を目標とする医療機関配置計画が示される。

こうした動きと並行して、社会保障制度審議会の 1956 年勧告では、「いやしくも公的資金により開設設置される病院については、（中略）医療機関網の計画的見地から、強力に、その地理的配置、規模、設備、機能などについての規制を行うべきである」「医学、医術の進歩に伴い、精密かつ複雑な治療設備や検査設備も必要とするのであるから、その施設は単

に当該病院の専有物にせず、医療機関相互の利用を認め、その有機的な連携をはかるとともに、施設設備に対する重複な投資を避けさせしめることが望ましい」との方針が提示されていた。

1948年、戦後日本の医療改革を担ったクロフォード・サムス GHQ 公衆衛生福祉局長の指示で「医療法」が制定された。この医療法は、20人以上の患者を入院させるための施設を病院として、病院と診療所を区分し、病院を尊重する立場に立っていた。サムスは、国・公立病院を中心に据えるワンデル勧告を考慮して、医療法で、国が自治体病院に国庫補助金を拠出できるようにした。

また公的医療機関の制度が設けられ、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連などの民間事業者は、1951年には公的医療機関となり、免税と国庫補助金の対象になっている。

一方、1948年当時、日本の病院数の7割強が私的病院という戦前の状況とは大きく変わっていない現実があった。私的病院には、免税や国庫補助金のような支援制度はなく、自治体一般会計からの繰り入れもない。そして納税の義務があった。

この頃の国家財政は、1949年2月にドッジによって勧告されたドッジ・ライン下の均衡予算であることから、政府には、公的病院を拡充するための資金の余剰はなかった。そこで医療法施行から2年後の1950年に法改正を行い、「医療法人制度」が導入されている。この制度は、「このアイデアは、個人の資金を民間医療機関に出資させようとする世界に類を見ない日本独自のユニークな制度」\*2と評価されている。

民間医療機関に法人格を付することにより、銀行からの資金調達が容易になるとともに、法人であるゆえに相続税問題から解放され、私人とは異なる税の軽減などもあり、法人に対する各種の公的補助金や税制上の優遇も享受できた。また、医療法人には、「剰余金の配当をしてはならない」という、いわゆる非営利の規定はあったが、積極的な公益目的を要求される公益法人でもなかった。これらの理由があり、医療法人は急速に普及していった。

\*1 第4回総合規制改革会議（2001年7月10日）議事録。

\*2 これ以降、これらの病院は公的病院と呼ばれることになる。ただし、設立母体からの財政的支援は続いている。

この国の医療のかたち（下）

独立後の医療政策

1951年9月8日、GHQによる占領が終了する。前年、1950年からの朝鮮特需で持ち直しはじめていた日本経済は、徐々に、欧米先進国の背中を見ながらキャッチアップ軌道に乗り始めていく。

高度経済成長期を迎えると、産業界の資金需要は活発となっていった。銀行が高い金利で融資を行うことができる大企業を私的病院よりも優先していくのは当然で、そうした中、1960年に、民間の診療所・病院に対して公的資金を超低利・超長期の条件で貸し付けを行う医療金融公庫が設立される。

医療金融公庫の主な資金源は、郵便貯金、簡易保険、公的年金であり、これらが財政投融資に集められた資金である。ただし、資金運用部から医療金融公庫に回される資金にも制限があり、かつ、民間金融機関からは民業圧迫との声もあったため、病院は医療金融公庫から所要資金の全額を借り入れることはできない規定が設けられていた。それゆえ、一部自己資金ないしは銀行借り入れが必要であり、それが病院による規模拡張への投資の制約条件となっていく。

こうした環境の中で、1962年に医療法改正により、公的病院病床規制が導入される。目的は、「医師不足地域の体制整備と都市部の病床過剰地域における公的病院の新設・増床を規制すること\*3」であり、「私的医療機関については関係団体を通じて自主的に規制を行うという合意が成立していた\*4」。ただし、私的医療機関の自主的規制合意は機能せず、民間病院への病床規制が、23年後の1985年の第1次医療法改正により導入されることになる。

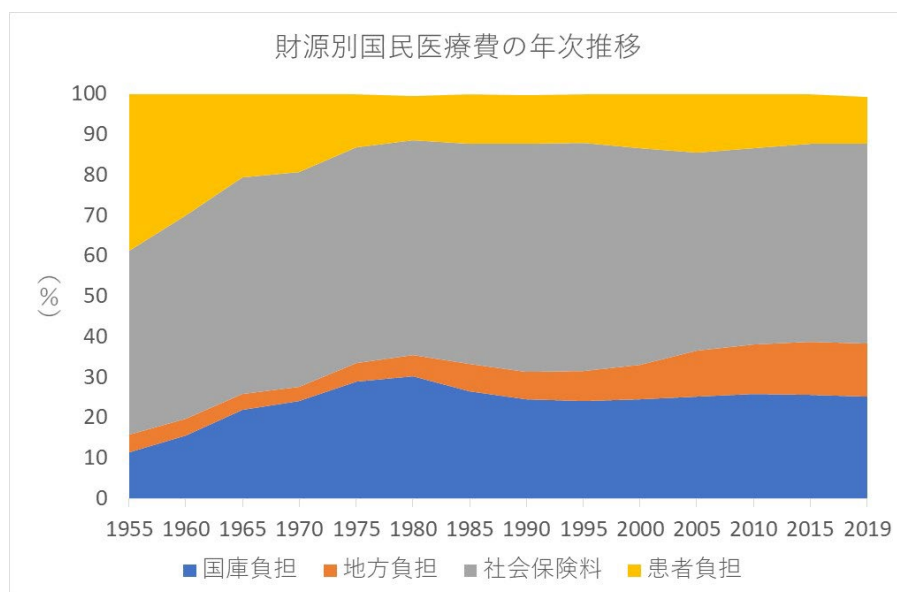
1945.8.30	マッカーサー、サムス来日
1948	医療制度審議会答申。ワンデル勧告、医療法
1949	社会保障審議会「社会保障制度確立のための覚え書」
1950	社会保障審議会「社会保障制度に関する勧告」、医療機関整備中央審議会答申、医療法人制
1951.4.11	トルーマン大統領、マッカーサー元帥を罷免
1951.4.16	マッカーサー離日
1951.5.22	サムス、GHQ公衆衛生福祉局長辞任
1951.5.25	サムス離日
1956	社会保障審議会1956年勧告
1960	医療金融公庫
1962	公的病院の新設・病床数規制
1985	第1次医療法改正

なお、1962年8月の社会保障審議会「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」においては、明確に、私的医療提供体制

と公的医療保険の組み合わせで、医療政策を展開していくことが記されている。すなわち、

「国民の疾病に対して公平に、最新の医術の進歩にてらして完全な医療を提供して、国民の健康を保持することが、社会保障の最大の要務であることはいうまでもない。この目的を十分に達するためには、医療国営がもっとも有効であるという考え方もあろうが、現在の日本の経済および社会の実情にてらして考えれば、これは不可能であるのみならず必ずしも適当でない。現在においては、現行開業医制度の長所をみとめ、その前提のもとにおいて、全国民が医療機関を容易に利用しうるようにすると同時に、支払い能力の低い者に対しても医療がなるべく十分にゆきわたるようにすべきであり、医療費の負担が生活の安定をそこなうようなことがないようにする点に重点をおきつつ、医療保険の方法によってこの問題に対処するほかない」。

こうして、医療の需要面を社会化する公的医療保険体制が整備されていき、1970年代に入ると医療費の9割弱を税・社会保険料が占めるようになるのであるが、一方では、供給面は私的医療提供体制という日本の医療保障制度ができあがっていった。



出所：厚生労働省「医療費の概況」より筆者作成

### 歴史的経緯が作った日本の医療のかたち

NHKの朝ドラで「梅ちゃん先生」が放映されていた2012年頃、このドラマの話をしてしながら、日本の医療の特徴の説明をしていた。第2次世界大戦末期の空襲により焦土となった東京の蒲田を物語の出発点とし、主人公が開業医として成長していく物語である。

日本では、梅ちゃん先生のようにスタートした診療所が、1961年施行の国民皆保険や

1973年の老人医療費無料化による患者の増加の中で、少しスペースを広げて病床を持ち、その病床もしばらくすると20床を超えて病院となって、民間中小病院へと成長していった。

欧米では病院とは基本的に入院施設であって、外来部門を持たない病院も多いが、日本のほとんどの病院が大きな外来部門を持っている。日本の病院にとって、多くの標榜科を備えた外来部門は、入院患者への窓口として機能することになる。

医療金融公庫があったとはいえ、「医療法」により非営利であることが規定されているために、民間病院は借入れによる資金調達しか許されていなかった。そうした資金面からの制約によって、病院規模は中小規模で留まってきた。「今日、300床未満の病院が日本の病院数の8割強を占めている状況は、以上の戦後の病院発展におけるファイナンス面での歴史的背景の結果である\*5」。

### 取り組まれている医療提供体制の改革

株式を通じた資本の供給は、医療においてはできるだけ避けておきたいという国際的にも広範囲な合意がある。他の先進諸国は、歴史的に、公的および非営利の団体により医療提供体制が整備されてきており、医療が近代化した後も、それらが提供体制を支えてきた。

しかし日本は、非営利という条件の下に民間主体の提供体制の整備が進められた。医療法人制度、医療金融公庫という税の優遇や金利の優遇はあったが、資金は借入れが主体となり、しかも低利借入れの医療金融公庫には借入れ上限もあって、大規模の病院に発展できたのは希であった。したがって、日本では、民間の中小病院が主体の提供体制ができあがっていった。

社会保険という「公」でファイナンスをし、「民」の医療機関がデリバリーしてきた日本では、長らく、医療改革が社会保障政策の最優先課題であった。繰り返し政局の混乱を引き起こしていた年金周りよりもはるかに重要な課題と認識されていた（[日本の医療は高齢社会向きでないという事実——「提供体制の改革」を知っていますか？](#)（2018年4月21日）『東洋経済オンライン』）を参照。

今の日本では、地域医療構想と地域包括ケアは「車の両輪」であるとか、地域医療構想・医療従事者の働き方改革・医師偏在対策は「三位一体改革」であると言われている。「車の両輪」、「三位一体改革」のいずれにも入る地域医療構想とは、人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据えて、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するために、医療機関の機能分化・連携を行っていく改革のことである。この国が歴史的に形成してきた日本医療の特徴へのチャレンジであるとも言える。三位一体改革

の中の医師偏在対策にしても、この国の医療政策の歴史上、ずっと手つかずのままだった医師養成のあり方に対する大きな試みである（[日本の大学の医学部教育は何が問題なのか？](#)

——[医療介護の一体改革に立ちはだかる大きな壁](#)（2018年12月27日）『東洋経済オンライン』参照）。

この一連の取組には、地域の中での広範囲であり、かつ長期的な構想に基づいて既存の病院の役割分担を図り、かつ、相互の連携を通じて、地域医療全体、高度急性期から在宅、さらに看取りまでのチーム医療、医療と介護を一体化した、多職種の連携による地域完結型の医療を目指そうとするビジョンがベースにある。

そうしたビジョンは、戦後形成されてきた病院で完結していた「治す医療」から、地域全体で「治し支える医療」への転換であるとも言われている。さらには、いくつもの中小の病院が競合していたのでは対応が難しい医療をそれぞれの地域で強化していく必要もある。

今という時代は、歴史という経路に依存して形成されているものではある。歴史過程における今という時代において、根気強く継続する改革の意思が求められるゆえんでもある。だが今は、目の前の完成拡大の防止に集中しておくことが最優先されるべきなのであろう。

\*6 中島、90頁。

\*7 中島、90頁。

\*8 福永、409頁。

## 引用文献

福永肇(2014)『日本病院史』PILAR PRESS

中島明彦(2017)『医療供給政策の政策過程』同友館