

日本における診療報酬政策の展開

ジョン・C・キャンベル
増山幹高
(高木安雄 訳)

日本において医療費をコントロールしている基本的なメカニズムは、ドイツや他の国々と同じように、診療報酬である。まずもって日本では、単一・一律の診療報酬点数表が、すべての医師および病院に適用されている。医療のコストを考えて請求する差額請求（バランス・ビルディング）は、禁止されている。すなわち、点数表で決められた診療報酬以上のもの（あるいは、それ以下のもの）を請求することはできない。この診療報酬には、医薬品や治療材料などほとんどすべての医療材料と医療サービス・技術が網羅されている¹⁾。もちろん、強制的に診療報酬が採用されているからといって、医療費が自動的に軽減されるというわけではなく、事実、1970年代の日本の医療費は、アメリカと同程度の増加率で急増したのである。しかし、1980年代初期に政府は医療費の削減に乗り出し、それを可能とする手段になったのが診療報酬であった。

診療報酬を改定し、維持していくことは、政府にとって困難な課題である。数千もある点数項目のひとつひとつについて、「適正な」診療報酬を算出する必要があり、経済的变化、技術的な進歩、そしておそらくは、新しい医療政策を反映させるために定期的に改定しなければならない。さらに、診療報酬改定の内容について合意を得るには、ともかくも強力な利害関係が生じることを考慮に入れば、それは政府にとって困難な政策課題となっていくのである。

I 医療政策の政治学

日本における医療システムの発展は、相反する利害関係者の対立の歴史と見なすことができる。これらの対立のすべてを完全に俯瞰すれば、ある時期には何らかの問題について、これらの当事者のうちのいずれかが争っていたということができよう。しかし極端な単純化を避けるとしても、医療の財源とコントロールという根本的な問題に関して、支払者と供給者という2つの団体の間で原理的な対立が存在することは確かである。

(1) 支払者側

医療費を払うのはもちろん、消費者、納税者、従業員、そして事業主としての国民である。日本の医療保険・財政システムは多元的であるため、それらを代表するいくつかの機構がある。労働組合、経営者の連合体である日経連、大企業健康保険組合の連合体である健保連はときにぎこちない関係にある。中小企業の従業員の代表は、政府管轄の健康保険を担当する社会保険庁である。自営業者や無職の医療保険を担当するのは、地方自治体・市町村であり、保険給付の実質的部分が税金である国庫負担から直接支払われるために、大蔵省主計局は支払者側に立って活発な役割を果たす。

しかし、これらの支払者の間でも医療費の財源負担について、どのように分担すべきかの考え方は異なっており、財政的に裕福な制度から逼迫した制度に対する財政調整の程度や国庫負担の規模

に関して、大きな対立が常にくすぶっている。もっとも、医療費をできる限り抑えるという点では、これら支払者の関心は共通している。基本的な目標は、診療報酬改定に関する定期的な交渉において、点数引き上げを最小限にすることであるが、さらにまた、医療サービスの供給者の診療行為をより直接的に統制しようと試みており、診療報酬の審査・査定を通して医療費のムダや不正請求を防止するなどの努力をしている。

厚生省は、こうした支払者側団体の主導権を握っており、そこでは3つの役割を果たしている。第一に、前述のとおり社会保険庁自体が政府管掌健康保険の保険者として支払者になっている。この場合、もし予定した医療費より増大すれば、厚生省は保険料率を引き上げるか、あるいは財政当局と折衝することによって、その財源を確保しなければならない。しかし、いずれも歓迎されないことは明らかである。このため、厚生省は常に医療費に関心をもつことになる。

第二に厚生省は、医療保険全体を管理する責任がある機関として、制度の崩壊を防ぐために政策決定・行政をうまく実施する必要がある。この役割において厚生省は、供給者和其他の支払者との間の調停も行わなければならない。

第三に厚生省は、医療サービスをどのように提供すべきかについて、ひとつの考え——イデオロギー——をもっている。日本の衛生部局の伝統的な考え方について（特に保険局の外部にいる者で、現在は健康政策局・保健医療局と呼ばれる部局に結びついている）、公衆衛生的な発想とも温情主義的な官僚主義とも特徴づけることができる。彼らは長い間、大規模な公立病院と勤務医を軸とした合理的で効率的な医療供給体制を信賴しており、地方の保健所または政府が運営するプライマリケアのための診療所に対して重要な役割を果たしている。そして、彼らの多くが、イギリスのナショナル・ヘルス・サービスを志向している。そこでは、外来患者の診療については人頭登録制による1人当たり定額の支払い方式が、病院については直接的な予算方式が採用されて、多くの官僚主義的な政策作成と特定の医療

ニーズに応えるための特別な政策立案がなされるのである。

もちろん、厚生省のこれらの役割は互いに障害となる可能性がある。特に、保険局自身に政策方針があることは対立する利害の調整・仲裁という役割を難しくしている。他方、厚生省は直接の支払者としての責任があるため、きわめて実務的な考えをもち、草の根の医療現場にある問題点も知っているということもいえよう。いずれにしても厚生省は医療界の主役である日本医師会と対峙してきた。

（2）供給者側

医療サービスを提供する組織は、個人開業医、公式的には利益追求は許されていないが、零細企業に似た小規模病院、各種の大病院（大学病院、自治体立および国立の病院も含めて）、そして公衆衛生のサービス機関である。もっと間接的には、医薬品および医療用具の製造メーカー、薬局、特別養護老人ホーム等の老人福祉施設なども供給者と考えることができる。医療を提供するマンパワーという点では、開業医、各種の専門医、歯科医、薬剤師、看護婦、そしてその他の医療関係者が関与している。

これら医療提供者の利害も支払者の場合と同様に、いくつかの領域に分かれており、他の医療提供者と共通しているものもある。明らかなことは、医療提供者すべてが医療のなかにより多くの財源が投入されることを望んでおり、そして、ほとんどの医療提供者が自分たちのサービスについて支払者から規制・妨害されないよう願っていることである。医療提供者の間での相違点は、提供者内部での財源配分と権力に関するものである。しかし、支払者との利害調整が、丸くおさめる意味から比較的にオープンな小競り合いを頻繁に繰り返すのに対して、医療提供者それぞれの間で起こる対立は内密に行われたり、部分的であるのが一般的である。なぜなら個人開業医が他の医療供給者を圧倒しているからである²⁾。

すなわち、日本医師会の実権は個人開業医によってしっかり握られており、他の医師グループに

については日本医師会に従わざるを得ないか、あるいは少なくとも診療報酬に関する医療政策に対しては、医師会の権力の前に大きな影響を発揮することを阻害されている。診療報酬に関する交渉は、中央社会保険医療協議会（以下、中医協と呼ぶ）を舞台に行われたが、病院や専門医から代表者を選ぶ場合でも、日本医師会によって推薦・任命された者のみが委員になるのである。歯科医師と薬剤師も中医協の直接の代表になっているが、彼らの限られた専門分野を超えたところでは、ほとんど影響力をもっていない。そして、看護婦、医薬品や医療用具の製造メーカー、その他の医療関係者は診療報酬の決定に関してまったく役割をもつことができない。

開業医がこのような特権的地位にあるのは、日本の医療の歴史に由来する。すなわち、他の国においては病院と専門医が非常に強力な競争相手として互いの力を弱める結果になったのに対して、日本の開業医は彼らのもつ力を弱めるものがなかったのである。開業医がなぜこれほどの長期間にわたって君臨してきたのかは多分に政治的な理由によっている。まず第一に、日本医師会が中央・地方レベルの支配政党である自由民主党と密接な関係を維持してきたことがあげられる。この政治的な関係は、1957年から1982年まで日本医師会の会長であり、また圧力団体の君臨する「皇帝」の見本でもあった武見太郎氏によって細心の注意を払って築き上げられたものである。さらに武見会長は、政府や国家のレベルで振る舞うのと同様に、医療提供者内部の政治においても巧妙に振る舞ってきた。

日本の医師のイデオロギーおよび言動は、他の国の医師と同様に、科学の理想と専門的な倫理観に基づいている。しかし、現実の仕事の上では、個人としての医師は零細企業の経営者として行動することが多く（日本の開業医の歴史的な起源は、病状緩和を主体とした漢方薬の調剤師であることに注意する必要がある）、そして開業医として組織化されると、労働組合のように利益獲得を前面に出してくる。

（3）対立・抗争

日本の医療における対立は、他の国と同様に多くの重要な利害関係者の間に生じる複雑な関係に彩られるが、国民やジャーナリスト、時に当事者においてさえ、支払者と医療供給者の間における単純な争いとして認識され、さらに厚生省と医師会の対立と見られがちである。数十年間にわたるこれら両雄の対立は新聞紙上を賑わせ、まさに敵味方に分かれて次から次に繰り広げられる総力戦のようなものである。

すなわち、政府や厚生省当局にとって、日本医師会を支配する武見会長と開業医集団は、自分の収入を増やし続けることを目的にして、過剰な処置や過剰投薬を行えるよう診療の自由を最大限に追求する悪徳医師の経営者のように映ったのである。日本医師会にとって厚生省は、良質な医療には関心がなくて、ましてや専門技術者の価値などにはまったく興味をもたない「全体主義の官僚」として受けとめられたのである。

この両者の対立の言動を見ると、ある会社における過激な労働組合と独裁的でワンマンな経営者が使う言葉のように聞こえてくる。そして、実際、医師と政府との関係は、労働者と経営者の関係に最もよく似ている。なぜなら、双方とも根本的には互いに結びつき、依存しているために、最終的には対立を終息し協定を結ぶことになるのを知っているのである。対立は、そうした協定の条件に関するものであり、医師が提供するサービスの価格や政府・厚生省が医師の診療行為についてどの程度、統制を及ぼすかが争点となる。一般的に見て、より力のある側がその交渉においてよりよい結果を獲得することになる。

それでは、そうした力を決めるものは何か？ 医師—政府間の関係においても、典型的な労働者—経営者間の関係と同じである。医師の供給や財源は十分か？ 団結は固いか？ また戦略・戦術が巧妙であるか？ 同調者はいるか？ 世論の支持を得られるか？

こうした要素は、時間が経過しても比較的に安定しているために、現実的には「協定」の交渉ごとに全体について検討されるわけではない。事実、

両者の力関係が根本的に変化することはめったになく、両者の間での交渉は一連の規則や前例の通りに遂行され、限定的な変化しか起こり得ないようになっている。このような規則や前例は、制度化されて慣例となっている。そして、これらの慣例が一度確立されてしまうと、まもなく大きな慣性を得て動き出すために、両者の間の力関係が大きく変化した場合にのみ変化することになる。あるいは、周囲で何らかの摩擦が生じた場合など、おそらくその両方の場合が多いが、そうした事態に対応して変化することになる。

言い換えると、労働者・経営者・医師・政府などのような関係にある両者は、長い時間をかけて均衡状態を確立するように見えるが、こうした均衡状態は、時に変化し、時に中断するものなのであろう³⁾。日本の医療を観察すると、このような均衡状態の期間が2つ指摘できる。概括的にいえば、診療報酬がインフレに応じて自動的にスライドされ、引き上げられた医師に有利であった1970年代と、政府・厚生省が主導権を握って医療費を抑制し始めた1981年からの期間である。これら2つの均衡状態の期間が生まれる以前には、両者は互いに意向を探り合っていたため、オープンな議論と対立とが10年以上にわたり続いた時代があった。

II 改革の歴史

医師と政府の相互依存には長い歴史がある。日本において最初の診療報酬点数表が導入されたのは、1927年のことであった。しかし、実際に全国的な体系となったのは1958年のことであり、この年に「国民皆保険」が立法化された。これと時を同じくして、まれに見る戦略家である武見太郎氏がその前年に日本医師会の会長に就任していく。

国民皆保険は、農民など被用者以外にも医療保険を強制的に適用拡大するものであったが、保守合同によって誕生した自由民主党が農村部で支持を伸ばしつつあった社会党に対抗するという政治的な力学が作用していた。しかし、こうした政策の変化には厚生省保険局と日本医師会が基本的に

合意する必要がある、2つの理由があげられる。

まず第一に、医療システムを拡大することは、患者を増やし、財源も増やすことにつながり、両者にとって明らかに利益をもたらすものであった。そして第二に、患者はそれ以後、すべて社会保険によってカバーされることになるので、診療報酬を通じてシステム全体を合理化することが可能となった。特に、国民皆保険が実現される以前は、地方自治体は被用者以外の住民に健康保険制度を創設することができ、独自の診療報酬を開業医に対して設定することが可能であり、また勤務医を雇って診療所や病院を開設して医療サービスを直接に提供することも可能であった。こうした地方独自の政策に厚生省も医師会も留意することはなかった⁴⁾。

(1) 闘争

しかし、国民すべてに適用する健康保険の構想が合意されたからとはいえ、医師がすんなりと政府の計画に従ったわけではない。たとえば、厚生省の官僚たちは診療報酬体系について、伝統的な出来高払いの基準から原価計算に基づく新しい体系へと移行することを計画した。なぜなら、これによってサービスごとの支払いではなく、患者ごとに支払うことになり、開業医よりも大病院の方が有利になるからである。こうした施策の背後には、処方と投薬を分離して、開業医に最も利益を生み出している薬剤使用を抑制しようという政府の意図があった。

日本医師会はこれに強く抵抗し、反撃に成功する。不合理ともいえるが、厚生省は新しい診療報酬体系を導入したのにもかかわらず、旧来の診療報酬も存続させ、医療提供者は甲表および乙表と呼ばれた点数表のうち、どちらかを自由に選択してよいことになったのである⁵⁾。日本の医療サービスの基本となった出来高払い制度という体系は、官僚主義の権威をもってしても変えられなかったのである。しかし、厚生省はなお医療サービスについて医療提供者ができること、そしていくら支払いを受けるかについて統制することを試みる一方、日本医師会は厚生省に断固として抵抗し、開

業医の地位改善を目指したのである。

このように、国民皆保険が確立されてから最初の10年間はほぼ、両者がそれぞれの利益を求めてせめぎ合いながら、絶え間なく小競り合いを繰り返した期間であった。厚生省にとっては、医療サービスの支払金額として設定された診療報酬点数表を、医師に完全に受け入れさせることが重要課題であった⁶⁾。日本医師会は、健康保険によってなされていた保険給付の制限を撤廃することで、最終的に点数表に同意したのである。これ以後、治療指針、診療報酬の地域格差、医療経済実態調査、患者負担、国保に対する国庫補助、診療報酬支払い方式の単純化などの問題が噴出した。注目に値するのは、1967年の健保特例法による薬剤一部負担の創設である。このとき、厚生省は医療費を削減することを目的として、従来から検討していた薬剤について特例的に患者の一部負担を導入することで医師の投薬量を削減させることを試みた。しかし、日本医師会の猛反発によって、この改革も1969年に消滅してしまう。

医療の財源と統制・管理に関するこうした論争は、双方にとって重要であったが、さらに基本的な課題であったのは、医療資源の配分をいかに行うか、つまりその決定過程と制度に関する対立であった。この論争は、中医協を軸として展開する。武見会長が目標としたものは、①中医協における診療側委員を日本医師会が統括する、②支払側委員、そしてさらには診療側委員と対抗している「公益代表委員」の影響を抑える、③中医協の審議を厚生省の影響から離れてより自由なものとする、④厚生省が日本医師会に有利な中医協の勧告に従うようにすることであった。このような構造的な要求が受け入れられなかった場合、日本医師会は自由民主党上層部と厚生省との間で政治的な解決を図ることを求め、通常の行政手続きを回避する戦略をとってきた。

これら対立が続く間、日本医師会は、中医協の出席拒否や会長の罷免要求、または中医協の解体要求、さらに診療側委員の引き揚げなどさまざまな抗議行動をとることによって、中医協の交渉過程を崩壊させようとしてきた。武見会長がとった

究極の威嚇手段は医師のストライキ（＝保険医総辞退）であり、しばしば威嚇に止まったものの現実には一度は実行に移された⁷⁾。その際、厚生省と保険者（特に健保連）は懸命に防戦したが、日本医師会は政権政党の自由民主党から強力な支持を得ていたために、診療側に優位に運んだのである。

このように、全般的に見て日本医師会がとった戦術はかなりの成果をおさめたといえよう。診療側は、基本的な問題に関する交渉において有利な成果を得るのが通例となり、診療報酬の交渉は、8年間にわたって「建議制」の下で行われることになった。これは日本の行政手続きという点において、きわめて異例のことであり、自らの諮問案について中医協に承認させようとするのではなく、中医協自体が診療報酬の引き上げの提案を行うものであった。対立・抗争の騒然としたこの期間の終盤になると、日本医師会は、診療報酬のスライド制を導入することによって、自らの優位な地位を維持しようとした。

（2）スライド制

1970年代の初期、医師は非常に有利な状況にあった。前述のようないくつかの課題に関する長期にわたる対立・抗争において、自己の地歩を築いたばかりでなく、さらに幅広い政治的な環境における2つの変動が利益をもたらしたのである。ひとつは、多くの都市部の都道府県や地方自治体に革新自治体が誕生したことによって、自民党政権に対する脅威が生まれたことである。第二には、社会福祉、特に老人のための福祉充実を望む国民の新たな世論が1960年代後半から盛り上がったことであり、1970年代の初期は日本における最初の「老人ブーム」と呼ばれている⁸⁾。

これに対して政府は、医療においていくつかの重要な政策拡大を行っている。具体的には、老人医療費無料化制度（政府は70歳以上の老人ほぼ全員にその患者負担を支払うことにした）、国民健康保険の給付率の大幅引き上げ、そしてすべての医療保険制度において患者負担限度額を月400ドル程度（昭和48年10月の制度創設時は月額3万円）にする高額療養費制度が創設された。また、他の

社会保障政策については、年金額が引き上げられ、また消費者物価のインフレに応じたスライド制が導入された。

このような福祉充実の雰囲気の中、日本医師会は診療報酬を物価に応じてスライドするべきであるとの積年の構想を打ち出してきた。この考えは、医療費の各種の構成要素について経済的なデータから計算するというある意味で科学的な手法を取り入れることであった。すなわち、基本的に医師の所得は1人当たりのGNP、他の従事者は平均賃金、そして残りの経費については消費者物価指数に応じて増加させるという構想である⁹⁾。この方式によって、日本医師会はこれまで繰り返されたような争いに巻き込まれることなく、合理的な原則に基づいた診療報酬の大幅な増加が実現されることになる。

もちろん、健保連や他の保険者はこうした要求に対して強く反対し、厚生省保険局はさらに強い反対意見をもっていた。このスライド制を受け入れるということは、診療報酬の決定について官僚の裁量権を放棄するだけでなく、相当の医療費上昇の危機に直面することを意味するからである。しかし一方で厚生省は、一連の熾烈な対立においてほとんど敗者の側に回っていたため、診療報酬の決定を政治から切り離すことに利益を見出し、この機会を利用して政策決定における公式的な統括権限を取り戻したのであった。

すなわち、厚生省は日本医師会のスライド制に関する要求を受け入れると同時に、診療報酬の改定において中医協が主導権を握る「建議方式」を改めて、厚生省の諮問案に基づいて審議が行われる「諮問一答申」方式を復活させた。この時点では、このような手続きの変更は、実質的にさほど大きな意味をもたなかった。というのは、このスライド制の下では、厚生省と中医協のどちらも診療報酬がどの程度上昇するかについて、大きな影響は行使できないと考えられたからである。しかし、後になってその重要性が判明することになる。

スライド制について合意が得られても、医師と政府との間での論争は終わらなかった。日本医師会は経済的な主要目標が達成された後、大企業に

おける健康保険組合とその全国的な連合体である健保連の力を弱体化させるという長期的な目標にその重点を置いたのである。また、地方の医師会が現実的に運営する医師会病院構想を前面に押し出して、それによって開業医の患者が一般病院に奪われることのないよう患者を入院させることができる共同利用型施設を提唱した。これに関して厚生省は、医療サービスを統制する上で県レベルでの行政権を強固にする医療基本法の改正を検討した。

しかし実際は、このような表面上の対立は言葉のやりとり以外の何ものでもなかった。おそらく医師は非常に満足した状態であり、あまり真剣に争う必要がなかったのだろう。というのは、診療報酬のスライド制に加えて1970年代初期の給付の拡大によって、医療費の支出は大きく増加し、1970年代にアメリカで生じた医療費増加とほとんど同程度の幅で上昇したのである。これらの新しい財源のほとんどは医療供給者の所得となり、日本医師会を掌握していた開業医も所得の伸びを維持していった。

政府の側について見ると、1970年代の大部分を通して厚生省の官僚たちは優柔不断であり、消極的であったように思える。その理由のひとつは、厚生省の長年の目標であった医療を含めた社会保障政策の面で西欧諸国に追いつこうという状況が、その時点でほぼ達成されたからであった。それに続く新たな使命が何であるべきなのか明確になっていなかったが、医療費の管理・適正化を最優先事項にする必要性がしだいに明らかになっていった。厚生省における伝統的な公衆衛生サイドの考え方によれば、出来高支払制度による個人開業医の医療に依存しすぎていることが問題であり、予防的な医療やその他のサービスをもっと公的に提供する方向に変えていくことが望まれた。また厚生省内部の若い官僚の新しいグループはアメリカの医療政策研究の影響を受けて、市場志向のあるいは市場での競争による問題解決を目指した。しかしながら、厚生省内で統一した見解が生まれることはなかった。

こうして1973年に築かれた枠組みは、1981年ま

で存続する。診療報酬改定に関するスライド制の原則は、明らかに科学的な妥当性をもっており、大きな対立を生じることなく診療報酬をどれだけ引き上げるかという難問について、ひとつの回答を提供してきた。これらの利点に加えて、制度的惰性と日本医師会の力に対する認識によって、医療政策の根底をなす前提条件が相当に変化したにもかかわらず、制度改革について重大な問題提起が止まってしまったのである。

(3) 医療費抑制

診療報酬の改定について、スライド制が採用されたのは1974年、1976年、および1978年であった。1978年以降は、1981年に基本的な新しい手続きが決められるまで、改定はなされなかった。それ以後の改定の議論は、「科学的な原則」によって行われるのではなく、医療費抑制を余儀なくされた時代状況の下で行われた。そこでの診療報酬改定の出発点は、政府・財政当局がどの程度国庫負担を支出するのかを決定することである。診療報酬に関する交渉が始まる以前の一般会計予算編成の段階において、医療費全体に対する国庫負担の総額が決まってくる。こうした目標を達成するために、薬価が大幅に引き下げられ、次にこの医療収入の損失を穴埋めするのに十分な、あるいは時にはわずかな引き上げに止まる程度に薬剤以外の診療報酬が引き上げられるのである。数千項目にも及ぶそれぞれの点数について長く複雑な交渉を進めるなかで、厚生省官僚は過剰診療についての対応策や、まれには在宅医療のような必要とされるサービスを促進するため政策的誘導策などについて点数操作を行うのである。

診療報酬改定のための新しい交渉過程は、1980年代前半になされた医療における重要な政策転換のうちのひとつにすぎない。このほかには、1981年に「老人保健法」が国会で成立しており、ここでは老人医療費の財源負担を軽減するために老人医療費に関する財政調整や積極的な成人病予防・健康づくり活動、患者負担の導入などが行われている。また、地域医療計画による一般病院の病床規制が実施され、長期慢性疾患の入院患者のため

の機能分化などさまざまな制度改革が開始された。

いくつかの要因が重なって厚生省サイドに力のバランスが移行して、このような政府主導の政策転換を急速に推進することが可能となり、医師との「協定」についても根本的な再交渉が実現されたのである。

そうした要因の第一は、政府の財政危機の深刻化という認識が広まり、医療費を含む社会保障・社会福祉政策、特に老人医療費の無料化がしばしば非難されるようになったことである。1970年代初期になされた大きな制度改善・充実に対抗して生まれてきた「福祉見直し論」の考えは、1975年以降、社会的支持を得ていた¹⁰⁾。国民の間にこのような新しい雰囲気醸成したことによって、予算抑制と民間活力をうたった1981～85年の広範囲な「行財政改革運動」にもつながったのであろう。

二番目の要因は、より特殊な財政上の圧力であった。厚生省は、保険料の引き上げ（中小企業のための政府管掌健康保険において）、そして国庫補助の増額によって、医療費増加のための財源を確保してきた。保険料引き上げについては、国会において政治的な抵抗にあい、国庫負担増額では大蔵省・財政当局から圧力が加わってきた。事実、1980年の予算編成過程においてシーリングを設けて、各省の予算要求を厳しく制限し、制度改革について何らかの行動を起こすことが新しい前提条件となっていた。厚生省は医療費抑制について何らかの対策を講じない限り、こうした前提条件を満たすことができなくなっていた。

第三は、1970年代の政治状況において、政権政党は有権者の支持を失いつつあり、社会保障の見直し・削減は困難であった。しかし、国会の保革伯仲が、自民党が1980年夏の総選挙において大勝することによって終焉し、福祉見直しに対する野党の攻撃にも脆弱ではなくなった。

第四に、厚生省が一丸となり、勢力を増してきた。このような変化は日本の官僚制においてよく見られるように、強いリーダーシップをもった一個人に起因するものである。吉村仁という創造的で積極果敢な健康保険の専門家がいくつかの重要な地位を握って、厚生省が掲げた首尾一貫した戦

略のために奔走していった。

第五に、明らかに反対勢力は弱体化した。日本医師会の長い間にわたる力は、その中心となる会員の高齢化、そして主に病院で働いている若い医師を会員に加えることができなかったことから衰退した。多くのジャーナリストは、偶然にも、武見太郎会長が病気になり、1982年に引退しなければならなかったという歴史に日本医師会の権力の衰退の兆候を感じとっている。しかしながら、二大改革ともいうべき老人保健法と新しい診療報酬の改定枠組みは、武見会長が引退する以前に十分な準備がなされており、診療報酬引き下げを意図した1981年の診療報酬改定が中医協で実施できたのも、現実的には武見会長の同意に基づくものであった¹¹⁾。

こうした時間的な経過を考えると、日本医師会の地位が長い間に衰退したこと、前述のような環境の変化があったことの2つが重要な要因であったと示唆できる。いずれにしても医師が決して降伏したのではなく、戦略を変えただけであった。医療に配分される国家の財源を恒常的に増大させ、パイを拡大させるという以前の目標は、1980年までに不可能なこととなった。そして、相対的なパイの大きさを維持することによって開業医の利益を保護していくという従来からの目標のひとつに重点を移していった。

これはすなわち、厚生省の医療費抑制を受け入れることになり、開業医の相対的な地位を守る補償がなされることを条件に（たとえば、診察料の引き上げなど）、医師の所得のうち非常に大きな部分である薬剤費の引き下げにも同意することを意味していた。日本医師会のこうした防衛的な戦略は、いくつかの医療費削減策への対応からも明白である。1985年に提案された一般病院の病床規制について、公式的には反対していたが、既存の小さい民間病院が新たな競争に巻き込まれることを恐れて実際は協力していたのである。また安定した収入の確保と引き換えに、老人病院において出来高払い制度の原則が徐々に侵食されることに同意している。

事実、診療報酬改定の基準となる考え方は、医

療施設間、診療科目間での医療の資源配分をバランスさせることになり、その結果、これらの施設・科目間での痛みや利益もほぼ平等に分ち合うことになったため、激しい反対を防ぐことができたのである。しかし、医療政策の上で鍵となるのは、常に開業医であった。こうした医療サービスの均衡状態を達成するためには、日本医師会が医療供給者の間における秩序を維持し続けることが不可欠であったからである。

III 結 論

このように厚生省と日本医師会との間には長い間、多くの課題に関する激しい対立が繰り返されたにもかかわらず、この両者は互いに最良の友、あるいは少なくとも互いに最も親密に依存し合う仲間であった。ここに、日本の医療政策における大いなる逆説がある。

他の多くの国と同様に、開業医の所得のすべてが政府の統制する健康保険から得ている。その上に、日本の開業医の所得が顕著に高いのは、外科手術やその他の専門的な診療技術と比べると、プライマリケアに偏って、それに有利に作られた診療報酬点数表に原因がある。これは、診療報酬体系を円滑に動かすためには、厚生省は医師の協力を必要とするということだけでなく、日本医師会が病院や専門医などを封じこめることによって、病院・専門医に対する診療報酬を非常に少ない額に止めておくことを可能にするものであった。

前述のように、この診療報酬体系が存続してきた理由のひとつは、診療報酬が科学的に設定されたものではなく、不満のある集団にはわずかにばかり多くの医療費を渡して、その不満を鎮めてきたという政治的な交渉で維持してきたからである。その交渉過程は非常に曖昧なものであり、経済的な補償のための政治的取引や過剰診療の防止・ある種のサービスの政策誘導などミクロレベルの政府の介入を不明瞭にするに十分なものであった。また明確な意思決定を公的にすることなく、医療費全体の総枠予算を実施可能にしている。さらに定期的に交渉が行われていることは、利害関係の

先鋭化を防ぐことに役立っている。

この診療報酬体系は、ある意味で緊張を最小限に抑えるための自己制御機構であり、それゆえに現状の維持に寄与している。もちろん、この現状は厚生省と日本医師会双方の利益に関して、非常に望ましいことを意味する。一見すると、この診療報酬制度は厚生省と医師会の協調から確立されてきたように見える。しかし、これまで見てきたように診療報酬制度の発展・改革は、対立・抗争の所産であったことは明らかである。

より正確に言えば、対立を最小限に抑えるために最初に生み出された制度は、スライド制であり、これは数年間にわたる抗争から生まれたものであった。実際、多くの場合において政府・厚生省は、激しい対立・抗争を終息させるために、医師が要求するものを認めてきたのである。1970年代初期においては、政策的な環境の面でも政治的な能力の面でも医者に有利であった。

その後10年が過ぎて、政策環境が変化し、医療費抑制の重要性が増すとともに、厚生省は戦略的に攻撃をかけ始め、日本医師会の地位は衰退していった。厚生省が積極的に動き出すと、日本医師会は状況変化を考慮しながら撤退し、むしろこれまで培ってきたものを保持するという防御戦略に入った。長い間に開業医が得てきたものは大きく、防御に軸を移した立場もさほど苦しいものではなかったといえよう。

国民皆保険が確立され、日本における基本的な医療供給体制がスタートして30年以上が過ぎた。これを振り返ってみると、制度的な条件整備、特に対立を処理するための制度が重要であることがわかる。当初、多様な問題に関して対立が繰り返されたが、やがて表面的な対立とは裏腹に、スライド制による診療報酬改定を実施するという時期に移り、さらに漸進的な調整を重ねていくという状態に変わってきている。

初めの譬えに戻ると、こうした診療報酬の展開は、労働者一経営者の関係と似ている。それは、苦いストライキと散発的な暴動の後に、定期的な交渉のルール化が導入されることの見返りに、労働組合側の多くの要求（特に賃金）について最終

的に経営者側が同意するという歴史である。そして、さまざまな理由によって力のバランスが経営者側に移行したときには、労働組合の賃上げ要求は抑制される。実際、こうした状況において、組合員の高齢化に従って、労働組合は所得と雇用の確保に方向転換を行い、新規の労働者や全体の労働市場には、あまり関心を払わなくなることが多い。1980年代の日本医師会は、まさにこのような経緯をたどったのである。

医療政策の面でいえば、日本のこうした展開で興味深いことは、診療報酬に係るさまざまな交渉が医療費抑制を保証するものではないことである。繰り返せば、1970年代における日本の医療費支出は、医療サービスにおける量の増加と価格の上昇のために、アメリカと同程度のペースで高騰したのである。しかし、医療費の増加よりも適正化していこうという勢力に力のバランスが移行している時代にあっては、おそらくこうしたメカニズムが医療費抑制を効果的に行う必要条件なのであろう。

注

- 1) 社会保険は、疾病および障害を保障することが原則であり、出産、流産、受胎調節、美容整形手術や大衆薬、漢方薬の多く、そしてマッサージや鍼療法のはほとんどは給付されない。一般的な歯科診療は給付範囲に含まれる。出産は、分娩費として一括払いの現金給付として給付され、出生前の健康管理やその他ある種の公衆衛生サービスは公的な補助金によってまかなわれている。
- 2) 現実的にこのような医師は、ほとんどが内科の医師かその他いくつかの診療科の医師であるが、イギリスの一般医のような病院に紹介・入院させる権限は有しておらず、圧倒的にプライマリケアの提供者として機能しているため、一般開業医と呼ぶことができる。
- 3) この中断という方法は、Stephen Jay Gould によって理論的に考案され、Miles Eldredge と共同執筆の彼の文献 "Punctuated Equilibria; The Tempo and Mode of Evolution Reconsidered," *Paleobiology*, 3 (1977年) を参照のこと。政治学への応用としてよく知られているのは、Stephen D. Krasner の "Approaches to the State; Alternative Conceptions and Historical Dynamics," *Comparative Politics*, 21:2 (1989年1月) である。
- 4) このようなシステムは、今日のアメリカにおけるHMOに似ているが、多くの学者にとって地方のニーズに応えるための協同事業として魅力的であった。

- T. Higuchi らによる研究 “Medical Care through Social Insurance in the Japanese Rural Sector,” *International Labor Review*, 109 (1974年), pp. 251-274 を参照のこと。政府の官僚が懸念していた実施上の重大な問題は、在外の被保険者に対する保険適用であった。医師は自治体と各々協定を結ぶことに難色を示し、国民健康保険の全国適用に反対したのである。
- 5) これは研究者にとって常に不可解な点である。どちらの診療報酬点数表も依然として有効であるが、今日、甲・乙二表という両者の間の差異は縮まっており、それほど大きな問題とはならなくなっている。
- 6) この時期の関係者による優れた解説としては、吉村仁「医療保険の三十年：回顧と展望」『社会保険旬報』No. 1500-01 (1985年4月1日, 11日), 13-19頁, 14-17頁である。
- 7) このような対立・抗争に関する政治学者の分析としては、William Steslicke の *Doctors in Politics; The Political Life of the Japan Medical Association*, New York: Praeger, 1973, を参照のこと。
- 8) John Creighton Campbell, *How Politics Change; The Japanese Government and the Aging Society*, Princeton, 1992, 第5章。
- 9) 薬価基準制度は別に扱われた。薬価は実勢価格を実際に調査した後、決定されるものであった。
- 10) Campbell, *op. cit.*, 第7章。
- 11) これについては、さまざまな説明がなされている。武見会長が初めて日本医師会のための交渉を個人的にとりしきり、厚生省が提示するものを単に認めるということを止めたという見方もある。また、武見会長は自らのがんを承知していて、国家全体の利益を考えながら決断したという見方もある。いずれにせよ、事態が推移するにつれて、日本医師会執行部への失望が広がっていったと考えられる。しかし、武見会長が長年にわたって確立した専制体制のために、有効な反撃は不可能であった。
- (John Creighton Campbell ミシガン大学教授)
(ますやま・みきたか ミシガン大学博士課程)
(たかぎ・やすお 社会保障研究所調査部長)